



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

**FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**“SATISFACCIÓN SEXUAL EN MUJERES DE 40 A 55 AÑOS CON
DIAGNÓSTICO DE MENOPAUSIA QUE ACUDEN A LA CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LAS FUERZAS
ARMADAS N° 1 DESDE ENERO – NOVIEMBRE 2016”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

AUTOR:

DRA. KARLA FERNANDA DIAZ ANDRADE

DIRECTOR DE TESIS:

DR. ANTONIO DOMINGUEZ VIVERO

DIRECTOR METODOLÓGICO:

DRA. MARÍA LUCILA CARRASCO GUERRA

Quito, 2017

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía constante en cada paso que doy, por haber permitido llegar hasta este momento y lograr mis objetivos con su infinita bondad.

A mis Padres, por ser ellos personas luchadoras y enseñarme que las metas son alcanzables, que una caída no es una derrota sino el principio de una lucha que termina con éxitos y logros, gracias por ser estar siempre a mi lado.

A mis hermanos, quienes con sus sabios consejos me han sabido orientar hacia los buenos principios, por su confianza que siempre han tenido en mí para lograr mis objetivos

A mis hijos, Matheo y Fernando por ser mi inspiración, el motivo de superación para salir adelante y ser el mejor ejemplo en sus vidas

A la Universidad Pontificia Universidad Católica por permitirme formar parte de su prestigiosa institución, a cada uno de los maestros por formarnos en lo profesional y humanístico.

A mis tutores Dr. Antonio Domínguez, Dra. María Lucila Carrasco, Dr. Edgar Rivera, por sus conocimientos, su manera de trabajar, su persistencia, paciencia y motivación que han sido fundamentalmente en el desarrollo de mi tesis

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PÁGINA
Páginas Preliminares	
Título.....	1
Dedicatoria.....	2
Tabla de contenido.....	3
Lista de cuadros.....	7
Lista de gráficos.....	8
Lista de tablas.....	11
Resumen y Abstract	14
Cuerpo Principal	
Introducción.....	17
Capítulo I. Revisión Bibliográfica	20
1.1. Antecedentes.....	20
1.1.1. Sinopsis de la fisiología y fisiopatología de la respuesta sexual.....	20
1.1.2. Anatomía y fisiología de la excitación sexual Genital.....	22
1.1.3. Cambios fisiológicos en los genitales durante la respuesta sexual.....	25

1.1.4. Cambios fisiológicos extragenitales durante la respuesta sexual.....	25
1.1.5. Regulación neuroquímica de la respuesta sexual	26
1.1.5.1. Neurotransmisión periférica.....	26
1.1.5.2. Neurotransmisión central.....	27
1.1.6. Regulación hormonal de la respuesta sexual.....	28
1.2. Evaluación clínica de la respuesta sexual femenina.....	31
1.2.1. Evaluación médica/fisiológica.....	31
1.2.2. Evaluación psicosocial /psicosexual.....	32
1.3. Disfunción sexual femenina.....	33
1.3.1. Trastorno del deseo sexual.....	34
1.3.1.1. Deseo sexual hipoactivo.....	34
1.3.1.2. Trastorno por aversión al sexo.....	36
1.3.2. Trastorno de la excitación sexual.....	37
1.3.2.1. Trastorno de la excitación sexual en la Mujer.....	37
1.3.3. Trastorno orgásmico femenino.....	37
1. 3.4. Trastorno sexual por dolor.....	38
1.3.4.1. Dispareunia.....	38
1.3.4.1.1. Clasificación.....	39
1.3.4.2. Vaginismo.....	40
1.3.4.2.1. Clasificación.....	41
1. 4. Factores de riesgo para disfunción.....	42

1. 5. Menopausia.....	46
1.5.1. Manifestaciones clínicas.....	47
1.5.2. Fisiología de la menopausia.....	47
1.5.3. Trastornos en la menopausia.....	48
1.6. Satisfacción sexual.....	50
Capítulo II. Métodos	
2. 1. Objetivos de la investigación.....	54
2.1.1. Objetivo General.....	54
2.1.2. Objetivos Específicos.....	54
2.2. Pregunta de la investigación.....	55
2.3. Hipótesis.....	55
2.4. Diseño.....	55
2.5. Relación empírica de variables.....	56
2.6. Operacionalización de las variables.....	57
2.7. Población, muestra y asignación.....	60
2.7.1. Población.....	60
2.7.1.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	60
2.7.1.2. Muestra.....	61
2.8. Procedimiento de recolección de la información.....	62
2.9. Técnicas, instrumentos, estandarización.....	63
2.10. Procedimiento.....	66
2.10.1. Identificación de la paciente.....	66

2.10.2. Plan de análisis de datos.....	66
2.11. Aspectos Bioéticos.....	67
Capítulo III. Resultados.....	68
Capítulo IV. Discusión.....	93
Capítulo V. Conclusiones y recomendaciones.....	95
Páginas Complementarias	
Bibliografía.....	97
Apéndice.....	101

LISTA DE CUADROS

CUADRO	TÍTULO	PÁGINA
1	Clasificación de las alteraciones de la función sexual de acuerdo a La Asociación Psiquiátrica Americana.....	21

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO	TÍTULO	PÁGINA
1	Clasificación de las alteraciones de la función sexual de acuerdo a La Asociación Psiquiátrica Americana....	24
2	Repercusión de hipoestrogenismo en la vejiga y uretra.	49
3	Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la procedencia. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016.....	69
4	Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo al estado civil. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016.....	70
5	Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la instrucción. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016.....	71
6	Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la paridad. Hospital de Especialidades de las Fuerzas	

	Armadas N°1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016.....	72
7	Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la valoración de los trastornos del deseo sexual.....	73
8	Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la valoración de los trastornos de la excitación sexual..	74
9	Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la valoración de los trastornos de la lubricación.....	75
10	Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la valoración de los trastornos del orgasmo.....	76
11	Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la valoración de los problemas con la penetración sexual.....	77
12	Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a los trastornos de ansiedad anticipatoria.....	78
13	Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a los trastornos de la iniciativa sexual.....	79
14	Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a los trastornos de comunicación sexual.....	80
15	Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a los trastornos de satisfacción con la actividad sexual..	81
16	Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a los trastornos de la sexualidad.....	82

17	Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la satisfacción con la cantidad de intimidad emocional entre usted y su pareja durante la actividad sexual. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016.....	83
18	Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la satisfacción con la relación sexual con su pareja. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016.....	84
19	Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo al resultado del cuestionario de menopausia.....	85

LISTA DE TABLAS

TABLA	TÍTULO	
1	Disfunción sexual femenina. Causas médicas.....	43
2	Disfunción sexual femenina. Causas ginecológicas.....	44
3	Disfunción sexual femenina. Causas psicológicas.....	45
4	Fármacos implicados en la disfunción sexual femenina	46
5	Distribución de las pacientes por análisis de la edad. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas Nº1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016.....	68
6	Distribución de las pacientes de acuerdo a la satisfacción sexual y el antecedente de cirugía pélvica. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas Nº1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016.....	86
7	Distribución de las pacientes de acuerdo a la satisfacción sexual y la presencia de violencia intrafamiliar. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas Nº1. Periodo comprendido entre enero- noviembre 2016.....	87

8	Distribución de las pacientes de acuerdo a la satisfacción sexual y la presencia de problemas económicos. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016.....	88
9	Distribución de las pacientes de acuerdo a la satisfacción sexual y la presencia de depresión y ansiedad. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016.....	89
10	Distribución de las pacientes de acuerdo a la satisfacción sexual y la presencia de consumo de cigarrillos. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016.....	90
11	Distribución de las pacientes de acuerdo a la satisfacción sexual y la presencia de consumo de alcohol. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016.....	91
12	Distribución de las pacientes de acuerdo a la satisfacción sexual y la presencia de trabajo actual.	

Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas	
Nº1. Periodo comprendido entre enero-noviembre	
2016.....	92

RESUMEN

La satisfacción sexual es un concepto multidimensional que involucra diversos aspectos entre ellos: físicos, emocional y relacional. Con el **objetivo** de determinar la satisfacción sexual y las alteraciones de la función sexual en mujeres de 40 a 55 años con diagnóstico de menopausia, utilizando el Índice de la Función Sexual Femenina y la Escala de Puntuación Menopáusica para mejorar la calidad de vida, se realizó un **estudio** Observacional Descriptivo de Corte Transversal en 117 mujeres que acudieron a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital de Especialidades de FFAA N° 1 durante el periodo enero-noviembre del 2016 y aceptaron participar en la investigación. En los **resultados** se observó que las pacientes tenían una edad media de 47 años, habitaban una zona urbana (83,75%), eran casadas (96,58%), con instrucción secundaria (57,26%) y nulíparas (49,57%), presentando un trastorno con la satisfacción sexual en el 46,15%, dentro del cual se observó un trastorno severo en la lubricación (51,28%), trastorno moderado en el deseo sexual (71,79%) y en la excitación (51,28%), sin presentar trastornos con el orgasmo (45,30%). Correlación estadísticamente significativa entre el nivel de satisfacción sexual y la presencia de problemas económicos ($p=0,019$). Se **concluye** que existe una relación entre la satisfacción sexual de las pacientes y el trastorno severo de lubricación sexual, así como con los trastornos moderados en el deseo sexual, la excitación sexual, y una correlación entre los problemas económicos y la satisfacción sexual.

No se encontró una correlación estadísticamente significativa entre los factores biológicos como enfermedades orgánicas, presencia de hábitos tóxicos. Si hubo una correlación significativa con los trastornos en la esfera psicosocial de la mujer.

Palabras Claves: Trastornos sexuales, climaterio, índice de la función sexual femenina, escala de puntuación menopáusica

ABSTRACT

Sexual satisfaction is a multidimensional concept that involves several aspects among them: physical, emotional and relational. With the objective of determining sexual satisfaction and alterations of sexual function in women aged 40 to 55 years with diagnosis of menopause, using the Index of Female Sexual Function and Menopausal Score Scale to improve the quality of life, A cross-sectional observational study of 117 women who attended the External Consultation of Gynecology of the FFAA Specialties Hospital No. 1 during the period January-November 2016 and accepted to participate in the research. The results showed that the patients had a mean age of 47 years, lived in an urban area (83.75%), were married (96.58%), secondary education (57.26%) and nulliparous (49, 57%), presenting a disorder with sexual satisfaction in 46.15%, within which a severe lubrication disorder was observed (51.28%), and moderate disorder in sexual desire (71.79%) and excitation (51, 28%), without presenting orgasm disorders (45,30%). Statistically significant correlation between the level of sexual satisfaction and the presence of economic problems ($p = 0.019$). It is concluded that there is a relationship between the sexual satisfaction of the patients and the severe disorder of sexual lubrication, as well as with the moderate disorders in the desire and the sexual excitation, and a relation between economic problems and sexual satisfaction.

Keywords: Sexual disorders, climacteric, index of female sexual function, menopausal scoring scale

INTRODUCCIÓN

La menopausia es una etapa de cambios físicos y psicológicos que a menudo influyen en la sexualidad de las mujeres relacionados a los cambios hormonales propios de la menopausia, existen una serie de factores que pueden influir en el deterioro sexual de la mujer en esta etapa de la vida, como son: la antigüedad de la relación de pareja, la experiencia sexual previa, la edad, problemas físicos o mentales, la salud y el uso de medicación de la pareja, la pérdida de la misma, además de otros muchos factores estresantes psicosociales asociados al climaterio⁽¹⁾.

Las fases de la respuesta sexual femenina son: deseo, excitación, orgasmo y resolución. Se ha caracterizado tres modelos de respuesta sexual; lineal, circular y no lineal, en este último se sugirió la importancia que tienen la intimidad emocional, el estímulo sexual y lo satisfactorio de la relación ⁽²⁾. La presencia de estímulos sexuales causado por los fenómenos emocionales favorece la liberación de neurotransmisores no adrenérgicos y no colinérgicos como el péptido intestinal vaso activo y el óxido nítrico los cuales inducen vasodilatación, aumento del flujo sanguíneo en el piso pélvico, lubricación vaginal, tumefacción del clítoris y los labios.

Durante el acto sexual juega un papel muy importante: los estrógenos, andrógenos manteniendo la turgencia del epitelio de la mucosa vagina, la activación del deseo, excitación, orgasmo, sensación de bienestar y la oxitocina la cual se produce en la hipófisis, aumenta las contracciones en el parto, y parece que está implicada en el

orgasmo. La han llamado la hormona de la felicidad. Se observan niveles elevados cuando estamos en proximidad con personas a las que nos vinculamos afectivamente, facilitando la permanencia junto a la persona por la que alguien se siente atraída ⁽³⁾. Durante el climaterio se ha evidenciado la pérdida de la actividad folicular y la reducción en la biosíntesis del estradiol lo que condiciona cambios urogenitales y el posterior deterioro de la función sexual con repercusiones adversas en la calidad de vida, sin embargo las alteraciones sexuales pueden presentarse en cualquier momento de la vida.

La Asociación Americana de Psiquiatría ha clasificado las alteraciones de la función sexual en cuatro tipos: trastornos del deseo, trastornos de la excitación, falla orgásmica y dolor sexual Posteriormente, en el Consenso Internacional sobre las Disfunciones Sexuales Femeninas (*International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions*), agregaron dos alteraciones más: en la lubricación y en la satisfacción a partir de dicha clasificación se propuso el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI, por la sigla en inglés de Female Sexual Function Index) el cual utiliza un cuestionario como herramienta para evaluar la función sexual femenina, este se encuentra compuesto por 19 preguntas, que tiene altos niveles de confiabilidad, consistencia interna y aplicabilidad en un amplio rango de edades ⁽⁴⁾.

El presente estudio parte de la necesidad de determinar la satisfacción sexual y con qué frecuencia se presentan alteraciones de la Función Sexual relacionándolas con las variables del estudio sobre las mujeres en estado de menopausia. Existe poca

investigación científica que provea de datos médicos sobre este tema en nuestro país y a nivel mundial, a pesar de que la salud sexual puede variar mucho de una mujer a otra. Los factores psicosociales y culturales tienen una importancia considerable en la percepción por parte de las mujeres durante este período, ya que las personas son fruto de una cultura de la mujer ⁽⁵⁾.

CAPÍTULO I

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1.1. ANTECEDENTES

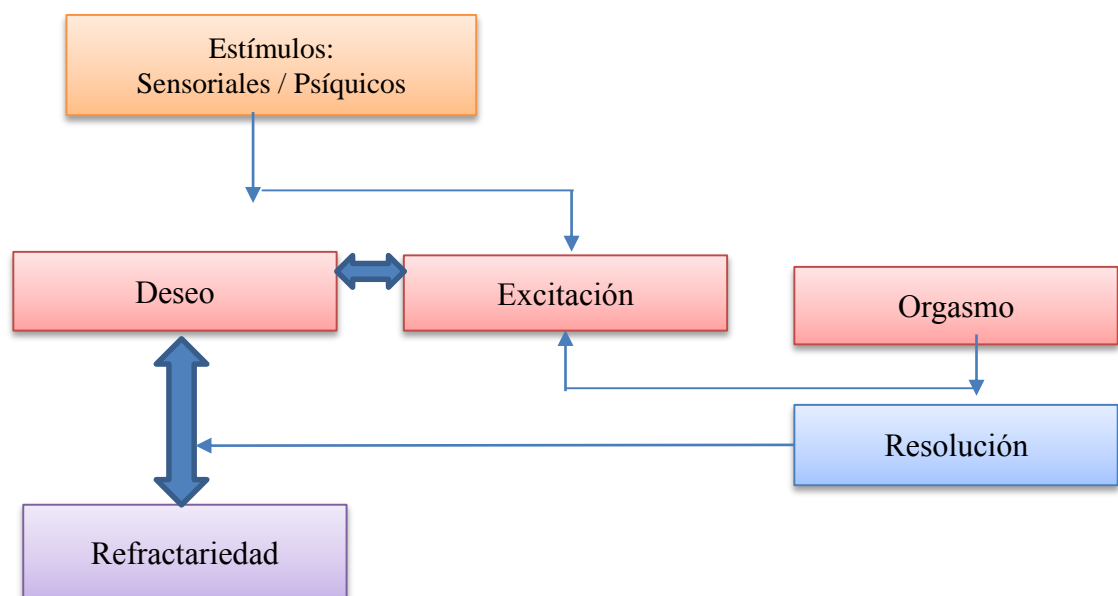
1.1.1. SINOPSIS DE LA FISIOLÓGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LA RESPUESTA SEXUAL

En la respuesta sexual existen fenómenos neurofisiológicos, vasculares y hormonales que influyen en diferente forma a los órganos genitales describiéndose como una secuencia cíclica de etapas o fases. Masters y Jhonson (1966) son los primeros que establecen un modelo fisiológico de la (RS) definiendo cuatro etapas que se expresan de forma diferente en varones y mujeres: Excitación, Meseta, Orgasmo y Resolución. A nivel fisiológico con independencia del modelo que adoptemos, existe una primera fase (deseo) en la que aumenta la tensión somática, mediada por complejos sistemas hormonales, experienciales y culturales. La tensión acumulada (excitación-meseta) produce entre otros fenómenos una vasocongestión genital que es cuando la tensión se libera (orgasmo) puede aparecer una reacción a nivel de médula ósea, nivel sacro-lumbar y en el que están implicados los sistemas nerviosos simpático y parasimpático, en un período posterior (resolución), los cambios fisiológicos desaparecen. Posteriormente, otros autores han ido introduciendo modificaciones. Un ejemplo es

Kaplan que establece cinco etapas: Deseo, Excitación, Orgasmo, Resolución y Satisfacción. Esta propuesta no solo contempla la función fisiológica, sino que pretende darle una dimensión integral.⁽³⁾.

Cuadro No. 1

Clasificación de las alteraciones de la función sexual de acuerdo a La Asociación Americana



Fuente: Kaplan HS. Disorder of Sexual Desire and other New Concept and Techniques in Sex Therapy. New York: Simons and Schuster; 1979.

El deseo es el estado mental creado por estímulos externos e internos que inducen la necesidad de tomar parte en la actividad sexual, los fenómenos fisiológicos basados en la acción de hormonas como son andrógenos, estrógenos y por fenómenos motivacionales que parten de la intimidad y se mantienen durante todo el acto sexual.

La excitación es un estado mayormente biológico, y se caracteriza por la intervención de los genitales y en él se pueden clasificar tres tipos de manifestaciones; centrales, como son la activación de pensamientos, sueños y fantasías relacionadas con el acto sexual; periféricas no genitales, como la salivación, el sudor, la vasodilatación cutánea, la erección de los pezones; y genitales, como son la intumescencia del clítoris, los labios y la vagina. Posterior a la estimulación sensitiva fundamentalmente genital, se presenta el orgasmo que consiste en información aferente sensitiva múltiple procedente de los “puntos gatillo”, como el clítoris, los labios mayores, menores, la vagina, las glándulas periuretrales, que la transmiten en dirección central a estructuras supramedulares que se reflejan fisiológicamente como contracciones repetidas de un segundo de la musculatura que forma el suelo de la pelvis (de 3 a 8 por orgasmo), seguidas a los dos a cuatro segundos de contracciones repetidas del músculo uterino y vaginal⁽⁶⁾.

En la respuesta fisiológica del acto sexual se diferencian tres fases: excitación, orgasmo y resolución.

1.1.2. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA EXCITACIÓN SEXUAL GENITAL

Los genitales externos femeninos consisten en diversas estructuras:

- La vulva que se encuentra limitada por la sínfisis del pubis, el esfínter anal y las tuberosidades isquiáticas.
- El clítoris es un órgano que mide de 7 a 13 mm, compuesto del glande, el cuerpo y los pilares. El cuerpo del clítoris está rodeado de la túnica albugínea

y consta de dos cuerpos cavernosos pares formados por musculo liso trabecular y sinusoides lacunares.

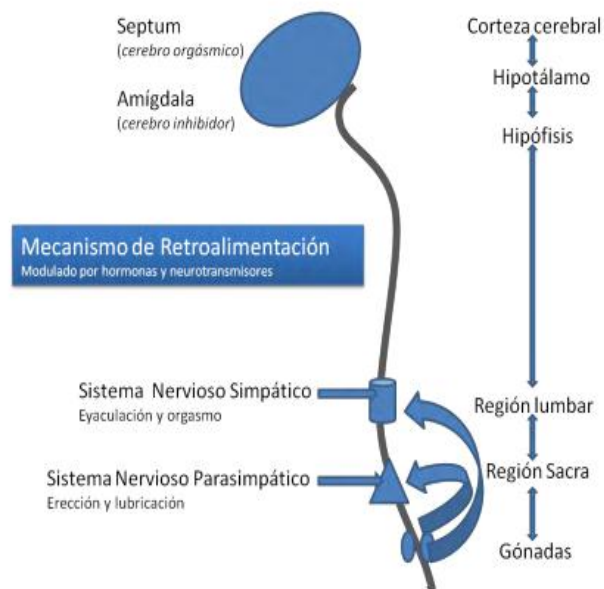
- El bulbo vestibular está formado por estructuras pares localizadas por debajo de la piel de los labios menores y representa el homólogo del cuerpo esponjoso masculino ⁽⁷⁾.
- Punto G es un área cuyos defensores sitúan internamente detrás del pubis y alrededor de la uretra, se trata de un área erógena que, al ser estimulada, llevaría a la mujer a una fuerte excitación sexual, provocando orgasmos intensos y la llamada "eyaculación femenina".⁽⁸⁾.

La respuesta fisiológica, está regulada por el Sistema Nervioso Central, a nivel esquemático, podríamos establecer tres niveles. Un primer paso de la respuesta sexual, estaría regulado por el Sistema Simpático (SS) y Parasimpático (SP). En una respuesta básica, por los estímulos nerviosos procedentes de la región pélvica y genital, el SS, desde los receptores espinales de la región lumbar, rige, regula la eyaculación y el orgasmo. El SP, a través de la región sacra de la médula espinal, controla alguna de las respuestas fisiológicas primarias como la erección y la lubricación genital. En un segundo nivel, encontramos el sistema límbico y otras regiones cerebrales (por ejemplo, el tallo cerebral) que regulan funciones básicas para la vida y las respuestas “instintivas”, automáticas de la sexualidad. La información procedente de la médula dorsal, condiciona la respuesta hipotalámica. El eje hipotálamo-hipófisis-gónadas, regula los niveles de hormonas y neurotransmisores. A nivel cortical, tercer nivel, a los instintos se les da una dimensión cognitiva que regulan dimensiones como la afectividad, las fantasías o como “nos explicamos” el placer. Distintas regiones

cerebrales (núcleo caudado o cíngulo), actúan sobre el hipotálamo; el septum (“cerebro orgásmico”) y la amígdala (“cerebro inhibitor”). Existe un mecanismo de retroalimentación permanente (inhibición- activación) entre las distintas estructuras fisiológicas del organismo que regulan la Respuesta Sexual ⁽²⁾.

Gráfico No. 1

Clasificación de las alteraciones de la función sexual de acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Americana



Fuente: Atoma A. Disfunciones sexuales. Madrid: Instituto de Salud Pública; 2013.

1.1.3. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LOS GENITALES DURANTE LA RESPUESTA SEXUAL.

La fase de excitación se caracteriza por la vasodilatación que se produce en la región genital y órganos pélvicos, este fenómeno en la mujer favorece la erección del clítoris y vasocongestión del suelo pélvico que posterior presenta la dilatación de la vulva, y el aumento en el flujo hormonal favorece la secreción vaginal normal, este último fenómeno, de gran importancia para facilitar la penetración.

Durante la fase orgásmica se evidencia constantes contracciones de la musculatura lisa de los órganos genitales al igual que contracción de la musculatura esquelética de la pelvis. En la mujer estos músculos provocan la estrechez cíclica de las paredes del tercio externo del conducto vaginal, la pérdida de tono de estos músculos además de producir problemas como incontinencia urinaria, prolapsos, afecta también a la intensidad y el placer de la respuesta sexual por lo que la rehabilitación tonificante de los músculos pélvicos es el que previene problemas genitourinarios como la incontinencia urinaria o prolapsos de órganos pélvicos, sumado a esto, la tonificación de la musculatura del suelo pélvico pueden mejorar la calidad del acto sexual⁽⁹⁾.

1.1.4. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EXTRAGENITALES DURANTE LA RESPUESTA SEXUAL

La respuesta extragenital durante el acto sexual, se debe en su mayoría a la actividad ejercida por el sistema nervioso autónomo siendo caracterizada por aumento en la frecuencia cardíaca, respiratoria, liberación de neurotransmisores y hormonas que

pueden tener efectos sobre el metabolismo e incluso sobre la percepción sensorial, los cambios hormonales más documentados incluye el aumento en la liberación de vasopresina durante la excitación, de oxitocina durante el orgasmo y de prolactina tras el mismo. Hay importantes cambios psíquicos, con sensaciones que se suelen percibir como sumamente placenteras. La experiencia orgásmica conlleva una alteración del estado de conciencia de variada intensidad. La actividad sexual es por lo tanto un fenómeno que involucra varios sistemas orgánicos y cuyas manifestaciones varían entre lo biológico y psicológico ⁽⁹⁾.

1.1.5. REGULACIÓN NEUROQUÍMICA DE LA RESPUESTA SEXUAL.

La regulación neuroquímica se estudia en dos niveles

a.- Neurotransmisión periférica.

b.- Neurotransmisión central

1.1.5.1. Neurotransmisión periférica.

La acción que tiene el sistema nervioso sobre los órganos genitales e incluso sobre la generalidad del organismo es lo que condiciona las manifestaciones más relevantes del acto sexual, siendo esto posible gracias a la gran inervación existente. La inervación es proporcionada por las divisiones parasimpática y simpática del sistema nervioso autónomo, para ello utilizan una variada gama de neurotransmisores de los que se ha caracterizado tradicionalmente a la noradrenalina y la acetilcolina como los más

importantes, sin embargo, se ha descubriendo la participación de otros mensajeros químicos, como el péptido intestinal vasoactivo (VIP) o el óxido nítrico (NO).

La fase de excitación es caracterizada por los fenómenos que siguen a la vasodilatación en la región genital y pélvica mientras que la actividad simpática predomina en los fenómenos orgásmicos, tanto genitales como extragenitales.

La inervación somática es también importante al transmitir, tanto señales sensoriales, fundamentalmente en todo el proceso de excitación y respuesta sexual, como órdenes motoras a grupos musculares específicos tales como los del suelo pélvico.

1.1.5.2. Neurotransmisión central.

Dentro del sistema nervioso central, las estructuras preópticas internas, la región del hipotálamo anterior y las áreas del hipocampo-límbicas afines son responsables de la excitación sexual estos centros después de activados son los encargados de generar los impulsos nerviosos que comandarán la respuesta neurofisiológica asociada al sexo.

Se han identificado también muchos de los neurotransmisores que intervienen en los circuitos cerebrales y meduloespinales de la conducta sexual se destacan entre ellos las monoaminas: dopamina, noradrenalina y serotonina teniendo en cuenta que las catecolaminas dopamina y noradrenalina intervienen fundamentalmente en vías centrales facilitadoras del comportamiento sexual, mientras que a la serotonina tiene efectos predominantemente inhibitorios⁽¹⁰⁾.

1.1.6. REGULACIÓN HORMONAL DE LA RESPUESTA SEXUAL

El apetito sexual está determinado por factores endógenos y exógenos. Endógenos testosterona proveniente de suprarrenales y ovarios que concurren en concatenación con el resto de neurotransmisores a impregnar los núcleos sexuales talámicos preópticos, amigdalinos, y paraventriculares con el resultante de estimular a la persona a emprender el acto sexual proceso en que además concurren otros neurotransmisores centrales: Feniletilamina, noradrenalina, dopamina y oxitocina.

- Los estrógenos se producen en los ovarios de la mujer, pero el hombre también tiene estrógenos, aunque en menor proporción. Actúa sobre la producción de óvulos, el tamaño de las mamas, la distribución de la grasa. Influyen en la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Cuando sus niveles disminuyen con el climaterio, aparecen algunas alteraciones, que pueden ser causa de problemas para algunas mujeres, como la sequedad vaginal o fenómenos vasculares como la hipertensión, entre otros. Ni todas las mujeres son iguales ni pasan por el climaterio de la misma forma. Suelen ser procesos temporales que tienen una relativa influencia sobre la sexualidad femenina. Parece que los niveles de estrógenos condicionan la actividad sexual. Se utilizan para la anticoncepción.
- La testosterona es producida por los testículos en los varones, es la responsable de la producción de espermatozoides y los caracteres sexuales secundarios masculinos. Se la ha acusado de ser la responsable de la agresividad masculina. También las mujeres tienen testosterona, aunque en proporciones diferentes.

- Dehidroepiandrosterona (DHEA) es la que influye en la conducta sexual, se sugiere que influye en el deseo, tanto en los hombres como en las mujeres, es precursora de otras hormonas como las feromonas.
- La serotonina según la cantidad circulante, puede inhibir la sexualidad o aumentar la agresividad. A grandes dosis llevan a las personas al paroxismo. Se utilizan fármacos que inciden sobre ella para el tratamiento de algunas disfunciones sexuales como la eyaculación prematura.
- Feniletilamina. (FEA) la han llamado la “molécula del amor” porque según parece está implicada en las emociones románticas. Puede ser euforizante o depresora en función de sus niveles sanguíneos.
- La dopamina es un neurotransmisor implicado en el deseo, responsable de las conductas adictivas y de las conductas compulsivas incontroladas, por lo que se le ha relacionado con los procesos de enamoramiento, también disminuye la vasocongestión periférica.
- La progesterona es una sustancia que se utiliza en anticoncepción y castraciones químicas.
- La prolactina aumenta la producción y secreción láctea. Se la responsabiliza de la inhibición del deseo durante la lactancia. Cuando los niveles de prolactina están elevados el deseo se refiere disminuido. Algunos estudios son contradictorios.
- La vasopresina modula la conducta sexual masculina interaccionando junto a la testosterona. Tiene efectos termorreguladores. Incide sobre algunas

actividades cerebrales como la memoria, la capacidad cognitiva o la concentración.

- La Acetilcolina aumenta el óxido nítrico sintetasa neuronal.
- La Noradrenalina interacciona con la serotonina y óxido nítrico, su actividad está condicionada según acción e interacciones. El óxido nítrico está implicado en el mecanismo de la erección. Si actúa sobre la postsinapsis alfa 1 y alfa2, se produce contracción de las fibras del músculo liso de los cuerpos cavernosos, si actúa sobre las postsinapsis beta2, se produce relajación.
- La Testosterona aumenta el óxido nítrico sintetasa endotelial y neuronal, también actúa sobre la fosfodiesterasa
- La Oxitocina está implicada en el orgasmo y en ese momento está elevada.

Para entender sobre la insatisfacción sexual es preciso conocer las biografías de cada persona. Lo que pensamos, sentimos o hacemos está íntimamente relacionado y tiene una incidencia directa sobre nuestros cuerpos. Somos permeables a nuestro entorno y ambiente ecológico, social o cultural. Estos entornos actúan como moduladores de la sexualidad y condicionan en gran medida nuestra respuesta sexual. Después de todo lo dicho, los estudios no son concluyentes y sí que es claro que las fluctuaciones hormonales están motivadas no solo por procesos fisiológicos genéticamente determinados, influyen de forma importante en la función sexual de la mujer⁽³⁾.

1.2. EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

La evaluación de las mujeres que sufren trastornos de la función sexual se reduce por lo general a efectuar un estudio o valoración psicológica. Los estudios fisiológicos de la respuesta sexual femenina en el ámbito clínico se han complicado por la dificultad para cuantificar objetivamente los cambios que se producen durante la excitación sexual, por lo que el estudio biológico se debe remitir a los fenómenos neurológicos u hormonales que podrían alterar tanto la percepción sensorial, así como la función neuro-endocrino que actúa sobre los órganos genitales. Debemos hacer dos evaluaciones complementarias: la médica/fisiológica y la evaluación psicosocial/psicosexual ⁽¹¹⁾.

1.2.1. Evaluación médica/fisiológica.

Para evaluar a una paciente con insatisfacción sexual hay que realizar una exploración clínica completa que comprende un examen ginecológico, una evaluación psicológica, y una valoración fisiológica de los parámetros que miden la excitación sexual, de esta manera se pueden obtener y evaluar unos parámetros subjetivos y objetivos.

Debe identificarse la existencia de ciertas enfermedades como los que interrumpen el eje hipotálamo-hipofisario, los déficits hormonales secundarios a la menopausia, o a la quimioterapia antineoplásica, como también los que aparecen después de ooforectomía bilateral. Igualmente hay que reconocer y sustituir, si no hay contraindicación, ciertos medicamentos que afectan negativamente a la función sexual

como: antihipertensivos, antipsicóticos, antidepresivos, sedantes, antiandrógenos, anticonceptivos orales.

La evaluación de la respuesta sexual femenina en el ámbito clínico confirma el problema de la paciente y permite además diagnosticar posibles enfermedades orgánicas, como la insuficiencia vascular, las alteraciones hormonales o los procesos neurológicos. Los estudios que se realizan tratan de precisar los límites normales de los siguientes parámetros:

- Riego sanguíneo de los genitales: presión sistólica máxima, presión diastólica final del clítoris, los labios, uretra y vagina por medio de la ecografía-doppler.
- Parámetros de la lubricación vaginal.
- Distensibilidad/elasticidad vaginal: cambios de la curva presión volumen.
- Sensibilidad genital: umbrales de la percepción vibratoria y térmica.

Estas medidas deben determinarse en condiciones basales y después de aplicar estímulos sexuales. La definición de estos parámetros antes de emprender un tratamiento médico puede llegar a convertirse en una norma de la asistencial ⁽¹²⁾.

1.2.2. Evaluación psicosocial/psicosexual.

Además de las evaluaciones fisiológicas, en todas las pacientes hay que evaluar los problemas emocionales o de relación con la pareja que pueden favorecer algunas disfunciones.

El clínico debe conocer el contexto en el que la paciente obtiene sus experiencias sexuales, en donde está encuadrada su autoestima, su imagen corporal, y conocer su

capacidad para expresar sus necesidades sexuales a su pareja. Esta evaluación es un elemento esencial del estudio ya que los aspectos emocionales o de relación deben resolverse antes de aplicar ningún tratamiento e indudablemente antes de determinar la eficacia del mismo.

Para evaluar la función sexual subjetiva, especialmente la excitación existen varios instrumentos, los más usados el FSFI de Rosen del cual es objeto nuestro estudio, el Índice Abreviado del Inventario De Las Funciones Sexuales (por sus siglas en inglés BISF-W) es un cuestionario de 21 apartados relativos a interés, actividad, satisfacción, preferencias sexuales y que distingue a las pacientes deprimidas, a las que sufren alguna disfunción sexual y a las mujeres sana el Formulario de la Historia Sexual (por sus siglas en inglés SHF, 46 puntos), el Cuestionario de las Funciones Sexuales (CSFQ, 35 puntos), la Entrevista Sobre el Funcionamiento Sexual (DISF/DISF-SR, 25 puntos), el Índice de la Función Sexual Femenina (por sus siglas en inglés FSFI, 19 puntos), el Inventario de la Satisfacción Sexual de Golombok-Rusk (por sus siglas en inglés GRISS, 28 puntos) ⁽¹³⁾.

1.3. DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Las disfunciones sexuales se caracterizan por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexuales y comprenden los trastornos del deseo sexual, trastornos de la excitación, trastornos del orgasmo, trastornos sexuales por dolor, disfunción sexual debida a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada.

A pesar de existir una caracterización medico psicológica de las alteraciones del acto sexual también puede tener influencia social, religiosa e incluso ambiental las que pueden requerir consideraciones extra al momento de valorar a las pacientes ⁽¹⁴⁾.

El ciclo completo de la respuesta sexual puede dividirse en las siguientes fases:

Deseo: esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo.

Excitación: que se caracteriza por la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada principalmente de cambios fisiológicos.

Orgasmo: considerado el punto culminante del placer sexual y en la que se producen contracciones rítmicas de los músculos del perineo y de los órganos reproductores.

Resolución: es el momento caracterizado por la relajación muscular y la sensación de bienestar general.

1.3.1. TRASTORNO DEL DESEO SEXUAL

En los trastornos del deseo podemos encontrar dos tipos de disfunción sexual: deseo sexual hipoactivo y trastorno por aversión al sexo.

1.3.1.1. DESEO SEXUAL HIPOACTIVO

La hipoactividad sexual es definida como la ausencia o deficiencia de fantasías sexuales, deseos de actividad sexual limitado a un/a compañero/a o a una actividad sexual concreta. Estas personas no suelen iniciar la relación sexual y participan en un rol pasivo. A pesar de que la frecuencia de experiencias sexuales es habitualmente baja, la presión que ejerce la pareja a las necesidades de tipo no sexual (por ejemplo, placer físico o intimidad) pueden incrementar la tasa de relaciones sexuales.

Debido a la falta de información sobre el papel de la edad y el sexo, respecto a la frecuencia o al grado de deseo sexual, el diagnóstico debe establecerse según el juicio clínico del médico, basándose en las características individuales, los determinantes interpersonales, el tipo de vida y el entorno cultural. El clínico puede requerir al examen de los dos miembros de la pareja cuando las diferencias en el deseo sexual obligan a la petición de atención profesional. La disminución del deseo sexual de un miembro de la pareja puede reflejar un aumento excesivo del deseo sexual del otro miembro. De manera alternativa, los dos miembros de la pareja pueden presentar niveles de deseo sexual dentro del margen de la normalidad.

Los tipos indican el inicio (de toda la vida o adquirido), el contexto (general o situacional) y los factores etiológicos (factores psicológicos o factores combinados) del deseo sexual hipoactivo.

La disminución del interés por el sexo va frecuentemente asociada a problemas de excitación sexual o a dificultades para llegar al orgasmo. La falta de deseo sexual puede ser la disfunción más importante o ser la consecuencia del malestar emocional producido por las alteraciones de la excitación y el orgasmo. Sin embargo, existen individuos con deseo sexual reducido que conservan la capacidad de experimentar una excitación y un orgasmo normales en respuesta a la estimulación sexual.

Las enfermedades médicas pueden producir un efecto deletéreo no específico sobre el deseo sexual debido a debilidad, dolor, problemas con la imagen corporal o preocupaciones sobre la supervivencia. Muy a menudo, los trastornos depresivos se asocian a una disminución del deseo sexual, el inicio de la depresión puede preceder,

coexistir o ser la consecuencia del escaso interés por el sexo. Los individuos con deseo sexual hipoactivo pueden tener dificultades a la hora de mantener relaciones sexuales estables, así como, insatisfacción matrimonial y problemas de separación ⁽¹⁵⁾

1.3.1.2. TRASTORNO POR AVERSIÓN AL SEXO

La característica esencial de este trastorno es la aversión y la evitación activa del contacto sexual genital con la pareja que puede tener manifestaciones de ansiedad, miedo o negación al acto sexual. La aversión al contacto genital se centra en algún aspecto particular que fisiológicamente puede ser normal, se ha descrito personas que presentan aversión al mínimo contacto físico que incluye besos o caricias, la intensidad de la reacción del individuo frente al estímulo aversivo puede ir desde una ansiedad moderada y una ausencia de placer hasta un malestar psicológico extremo.

El trastorno por aversión al sexo puede aparecer asociado a otras disfunciones sexuales, como la dispareunia. Cuando esto se produce, debe indicarse la presencia de los dos trastornos. Generalmente, no se efectúa un diagnóstico adicional de trastorno por aversión al sexo si la aversión se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno de estrés postraumático). El diagnóstico adicional tendrá que realizarse si la aversión antecede al trastorno del Eje I o es objeto independiente de atención clínica. A pesar de que la aversión sexual puede cumplir técnicamente los criterios de fobia específica, no debe efectuarse este diagnóstico adicional.

La aversión sexual ocasional no persistente ni recidivante o que no se acompañan de malestar intenso o dificultades de relación interpersonal, no se considera trastorno por aversión al sexo ⁽¹⁶⁾.

1.3.2. TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN SEXUAL.

1.3.2.1. TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN SEXUAL EN LA MUJER.

La característica esencial del trastorno de la excitación sexual en la mujer es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación sexual hasta la terminación de la relación sexual. La respuesta excitatoria consiste en cuatro fenómenos secuenciales que son: la vasocongestión pelviana, lubricación, dilatación vaginales, y tumefacción de los genitales externos. Se puede experimentar como una falta de excitación subjetiva o como ausencia de respuestas genitales, algunos de los trastornos de la excitación más frecuentes son; la ausencia o disminución de la lubricación vaginal, la afectación sensitiva del clítoris y la reducción del flujo sanguíneo en los órganos genitales ⁽¹⁷⁾.

1.3.3. TRASTORNO ORGÁSMICO FEMENINO

El trastorno orgásmico se caracteriza por la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de haber pasado por una fase de excitación sexual normal. El diagnóstico debe enfocarse en analizar si la capacidad orgásmica femenina es inferior a la correspondiente a la edad o a la estimulación sexual recibida.

El trastorno orgásmico en la mujer puede alterar la imagen corporal, la autoestima o la satisfacción en la relaciones. Según estudios controlados, la capacidad orgásmica no se correlaciona con el tamaño de la vagina o con la fuerza de la musculatura del suelo pélvico. Aunque algunas mujeres que han sufrido lesiones medulares, extirpación de

la vulva o escisiones y reconstrucciones vaginales manifiestan tener orgasmos, lo más frecuente es que presenten trastorno orgásmico. Sin embargo, enfermedades crónicas como la diabetes mellitus o el cáncer pélvico suelen alterar fundamentalmente la fase de excitación sexual, pero mantienen intacta la capacidad para experimentar orgasmos (17).

1.3.4. TRASTORNO SEXUAL POR DOLOR

En los trastornos sexuales por dolor podemos encontrar dos tipos de disfunción sexual: dispareunia y vaginismo.

Entre otros trastornos sexuales dolorosos podemos encontrar; el dolor persistente o recurrente en los genitales inducido por estimulación sexual no coital los que se dividen en permanentes o adquiridos, generalizados o de situación, y orgánicos frente a psicógenos o mixtos.

1.3.4.1. DISPAREUNIA

El dolor durante la experiencia sexual es siempre dato de disfunción, el dolor raramente tiene un origen exclusivamente psicológico. La relación entre los factores biológicos y psicosexuales, en la respuesta sexual femenina, resulta clara, ya que el dolor coital es el reflejo inhibitor conocido más potente de la respuesta sexual humana, desde el punto de vista físico y mental. La dispareunia se define como el dolor genital persistente o recurrente asociado con la relación sexual (DMR-IV-TR); sin embargo, se sugiere que debe cambiarse a dolor al intento o penetración vaginal completa. Algunos clínicos consideran que el diagnóstico de dispareunia se refiere a etiología

orgánica, únicamente. Hay casos en los que se considera que son debidos a factores mixtos biológicos y psicológicos ⁽¹⁷⁾.

1.3.4.1.1. Clasificación

Causas biológicas:

1) Superficial-introital o medio vaginal, o ambas.

- ✓ Infecciosas: vulvitis, vestibulitis vulvar, vaginitis, cistitis.
- ✓ Inflamatorias: con regulación de las células mastoideas.
- ✓ Hormonales: atrofia bulbo vaginal.
- ✓ Anatómicas: himen fibroso, himen cribiforme, agenesia vaginal, síndrome de Rokitansky.
- ✓ Musculares: primaria o secundaria a hiperactividad del elevador del músculo anal.
- ✓ Iatrogénicas: mala evolución de cirugía genital o perineal, radioterapia pélvica.
- ✓ Neurológicas: inclusive dolor neuropático.
- ✓ Inmunológicas y del tejido conectivo (síndrome de Sjögren).
- ✓ Vasculares.
- ✓ Comorbilidad con otras disfunciones sexuales que pueden originar dispareunia crónica con alteraciones en las fases de deseo, excitación y orgasmo.

2) Dispareunia profunda

- ✓ Endometriosis.
- ✓ Enfermedad pélvica inflamatoria
- ✓ Varicocele pélvico.
- ✓ Dolor pélvico crónico y dolor referido.

- ✓ Posterior a radioterapia pélvica o endovaginal.
- ✓ Síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo abdominal (ACNES).

Psicosexual

- ✓ Comorbilidad con alteraciones en el deseo, excitación o vaginismo.
- ✓ Violación o abuso sexual en el pasado.
- ✓ Desórdenes afectivos: depresión y ansiedad.
- ✓ Catastrofismo como principal modalidad psicológica.

Contexto relacionado con la pareja

- ✓ Problemas con la intimidad emocional.
- ✓ Preámbulo inadecuado.
- ✓ Conflictos de pareja: verbales, físicos o pareja sexualmente abusiva.
- ✓ Poca compatibilidad anatómica (tamaño del pene o genitales femeninos infantiles)
- ✓ Insatisfacción sexual y, consecuentemente, excitación inadecuada

1.3.4.2. VAGINISMO

El vaginismo se caracteriza principalmente por la contracción involuntaria, recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la sensación causada por la penetración, la alteración provoca un constante malestar que dificulta notablemente las relaciones interpersonales siendo su causa principalmente psicológica de forma que en algunas mujeres sólo el idear la penetración vaginal puede producir espasmo muscular, este fenómeno no se explica mejor por la presencia de algún trastorno hormonal o efectos fisiológicos de alguna enfermedad médica, la

contracción puede ser desde ligera (produciendo rigidez, malestar) y hasta intensa impidiendo la penetración.

1.3.4.2.1. Clasificación

- ❖ Grado I. Espasmo del elevador del ano que desaparece al conversar y tranquilizar a la paciente.
- ❖ Grado II. Espasmo del elevador del ano que persiste durante el examen ginecológico, urológico o proctológico.
- ❖ Grado III. Espasmo del elevador del ano o cualquier tensión de glúteos, a cualquier tentativa de exploración ginecológica.
- ❖ Grado IV. Moderada excitación, espasmo del elevador, arqueamiento del dorsal, abducción de muslos, defensa y retracción.
- ❖ Grado V. Extrema defensa de excitación neurovegetativa con negativa a la exploración ginecológica.

En el diagnóstico de vaginismo es frecuente que haya comorbilidad de la dispareunia junto con otras disfunciones sexuales, como: pérdida del deseo, desórdenes en excitación y dificultades orgásmicas, lo que produce dispareunia crónica. Es muy importante que el médico evite proyectar sus propios valores y actitudes con la mujer, ya sea verbalmente o no, pues puede reducir la comunicación y la sensación de aceptación por parte de la mujer o su pareja. ⁽¹⁸⁾.

1.4. FACTORES DE RIESGO PARA DISFUNCIÓN

Las disfunciones sexuales suelen ser la manifestación de “problemas biológicos o de conflictos intrapsíquicos o interpersonales o una combinación de estos factores” También existe influencia del estrés, trastornos emocionales, o simplemente el poco conocimiento de la función y fisiología sexual. “La disfunción puede ser de toda la vida o adquirida, generalizada o situacional (limitada a una pareja o situación) y progresiva”

Existen factores de riesgo como: “tabaco, menopausia, dieta, estado civil, otros estudios asocian edad, nivel educacional, multiparidad, desempleo y enfermedades crónicas. También se mencionan cirugías, antecedentes culturales y actividad deportiva. Sin embargo, los resultados no son concluyentes en la mayoría de los casos, reflejando la necesidad de estudios futuros en este ámbito”. La etiología psicosocial de la disfunción sexual es de gran interés en los últimos años, estudiar las dificultades sexuales que existe en ambos sexos, la educación, respuesta sexual y la debida comunicación de sus necesidades sexuales es de gran interés actualmente.

Presentamos algunas de las causas médicas, farmacológicas y psicosociales que intervienen en las disfunciones sexuales además un cuadro adicional con causas ginecológicas asociadas a Disfunción sexual femenina principalmente del tipo de trastornos dolorosos. Así mismo el antecedente de cirugías pelvianas como causa de disfunción sexual es controversial, según el tipo de cirugía practicada y condiciones de la paciente pueden haber resultados que alteren la esfera sexual femenina ⁽¹⁹⁾.

Tabla No.1

Disfunción sexual femenina. Causas médicas

CARDIOVASCULAR	GASTROINTESTINAL	NEUROLOGICO
Hipertensión Arterial	Cirrosis Hepática	Epilepsia Lóbulo Temporal
Enfermedad Coronaria	Insuficiencia Hepática	Accidente Vascular
Infarto Agudo de Miocardio	Síndrome de intestino	Periférico
Enfermedad Vascular	Irritable	Enfermedad Parkinson
Crónica	Colostomías	Lesión Hipotalámica
	Hemorroides	Esclerosis Múltiple
	Cáncer	Neuropatía Alcohólica
		Esclerosis Lateral
		Amiotrófica
		Trauma Raquimedular
		Hernia discal lumbar
ENDOCRINOLOGICAS	REUMATOLOGICAS	OTRAS
Adenoma Hipofisario	Fibromialgias	Insuficiencia Renal Crónica,
Prolactinoma	Artritis	Hemodiálisis
Insuficiencia suprarrenal	Enfermedades autoinmunes	Cirugías previas
		Disfunción eréctil
Déficit de testosterona		masculina.
Hipotiroidismo		Radiación
Diabetes Mellitus tipo 1		
Diabetes Mellitus tipo 2		
Deficiencia estrogénica		
Menopausia		
Ooforectomía		
Hipogonadismo		

Fuente: Cleveland Clinic (base de datos en internet). Elder J, Braver Y. Female Sexual Dysfunction.Disease Management Project. (citado 1-12-2016). Disponible en: <http://my.clevelandclinic.org/health/articles/sexual-dysfunction-in-females>

Tabla No. 2

Disfunción sexual femenina. Causas ginecológicas

EXTERNAS SUPERFICIALES	INTERNAS PROFUNDAS
Vulvitis	Deficiencias estrogénicas
Vulvovaginitis	Vaginitis
Distrofia vulvar	Atrofia Vaginal
Bartholinitis	Irritación química
Vestibulitis	Endometriosis
Variantes anatómicas	Septo vaginal
Remanente de himen	Prolapso uterino
Enfermedades dermatológicas vulvares	Útero en retroversoflexion
Radiación	Cistocele/rectocole
Cáncer vulvar	Uretritis
Episiotomía	Cistitis
Tamaño peneano	Incontinencia urinaria
	Enfermedad inflamatoria pélvica
	Enfermedades de transmisión sexual
	Tumor ovárico
	Cáncer
	Cirugía Vaginal
	Dolor abdominal crónico
	Síndrome de intestino irritable
	Hemorroides

Fuente: Cleveland Clinic (base de datos en internet). Elder J, Braver Y. Female Sexual Dysfunction.Disease Management Project. (citado 1-12-2016). Disponible en: <http://my.clevelandclinic.org/health/articles/sexual-dysfunction-in-females>

Tabla No. 3

Disfunción sexual femenina. Causas psicológicas

FACTORES INTERPERSONALES	FACTORES AFECTIVOS	OTROS
Pérdida del atractivo físico	Ansiedad de desempeño	Creencias religiosas
Disminución de la intimidad sexual	Miedo a la crítica	Normas familiares
Rutinización de la relación sexual	Culpa	Mitos culturales
Aventuras extramaritales	Depresión	Contexto sociocultural
Falta de comunicación de pareja	Autoestima	Desinformación
Excesiva dependencia sexual	Temores al embarazo	Ignorancia sexual
Modelo relación sexual (coito, causa más frecuente de anorgasmia)	Trastornos situacionales	Fatiga
Ignorancia de necesidades sexuales de la pareja	Cambios vitales mayores	Estrés
	Factores del desarrollo	
	Experiencia sexuales	
	Traumáticas	
	Abuso sexual	

Fuente: Cleveland Clinic (base de datos en internet). Elder J, Braver Y. Female Sexual Dysfunction.Disease Management Project. (citado 1-12-2016). Disponible en: <http://my.clevelandclinic.org/health/articles/sexual-dysfunction-in-females>

Tabla No. 4

Fármacos implicados en la disfunción sexual femenina

ANTIHIPERTENSIVOS	ANTIDEPRESIVOS	ANSIOLÍTICOS	ABUSO DE DROGAS
Alfa y Beta bloqueadores. 1. Propanolol 2. Timolol 3. Metoprolol 4. Diuréticos 5. Espironolactona	1. Bupropion 2. Fluoxetina 3. Imipramina 4. Paroxetina 5. Sertralina 6. Venlafaxina	1. Alprazolam 2. Clonazepam 3. Litio 4. Clomipramina 5. Lorazepam	1. Alcohol 2. Anfetaminas 3. Cocaína 4. Marihuana 5. Morfina 6. Tabaco
HORMONAS	ANTICONVULSIVOS	BLOQUEADORES	OTRAS
1. Medroxiprogesterona 2. Etinilestradiol	1. Fenitoína	1. Ranitidina 2. Famotidina	1. Digoxina 2. Acetazolamida 3. Amiodarona 4. Gemfibrocilo 5. Agente quimioterapéutico

Fuente: Cleveland Clinic (base de datos en internet). Elder J, Braver Y. Female Sexual Dysfunction. Disease Management Project. (citado 1-12-2016). Disponible en: <http://my.clevelandclinic.org/health/articles/sexual-dysfunction-in-females>

1.5. MENOPAUSIA

La menopausia es una etapa trascendental en el ciclo vital de la mujer, la mayoría no sólo enfrenta cambios físicos, emocionales, socioculturales propios de la etapa, sino también la posibilidad de reorientar su propio sentido de la vida.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define el climaterio como "la fase del proceso de envejecimiento durante la cual, la mujer pasa de su etapa reproductiva a la que ya no lo es". El climaterio es un período largo que comprende la premenopausia y parte de la post-menopausia que se caracteriza por una serie de signos y síntomas provocadores fundamentalmente por la carencia hormonal ⁽²⁰⁾.

1.5.1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La transición de la perimenopausia o de la menopausia, comienza cuatro años antes del último periodo menstrual, e incluye una serie de cambios fisiológicos que pueden afectar a la calidad de vida de una mujer. Se caracteriza por ciclos menstruales irregulares y marcadas fluctuaciones hormonales, a menudo acompañada de los sofocos, trastornos del sueño, síntomas del estado de ánimo, y la sequedad vaginal. Además, los cambios en los lípidos y la pérdida de hueso comienzan a ocurrir, los cuales tienen implicaciones para la salud a largo plazo. Prácticamente todas las mujeres experimentan la irregularidad menstrual y las fluctuaciones hormonales antes de la menopausia clínica, hasta un 80 por ciento desarrollan los sofocos de la menopausia (el síntoma más común), pero sólo el 20 a 30 por ciento buscan atención médica para el tratamiento ⁽²¹⁾.

1.5.2. FISIOLÓGÍA DE LA MENOPAUSIA

En este periodo, los niveles de estradiol son muy bajos, se produce un gran aumento de la FSH, en menor medida de la LH, de tal forma que el cociente FSH/LH se invierte y es > 1 . Los valores de FSH por encima de 40 UI/L son compatibles con la interrupción completa de la función ovárica. Los estrógenos secretados por los ovarios

después de la menopausia son insignificantes; sin embargo, todas las mujeres siguen teniendo concentraciones perceptibles de estradiol y estrona. La estrona es el estrógeno más importante en la posmenopausia; se produce por la conversión periférica de la androstenediona (producida en la corteza suprarrenal y en el ovario), el cual se aromatiza en estrógenos, principalmente en el tejido adiposo. La estrona puede ser capaz de mantener la vagina, la piel, el hueso y en algunos casos reducir la incidencia de bochornos. Si bien el estrógeno de cierto modo puede ser beneficioso, sin embargo, al no existir oposición de progestágenos (por la falta de ovulación y desarrollo del cuerpo lúteo), puede aumentar la incidencia de hiperplasia y cáncer de endometrio ⁽²¹⁾.

1.5.3. TRASTORNOS EN LA MENOPAUSIA

La disminución del nivel de estrógenos provoca el debilitamiento de la pared vaginal la cual se reseca. Por este motivo, las relaciones sexuales se vuelven más dolorosas para la mujer. La vejiga y la vagina son órganos muy sensibles a los estrógenos; su deficiencia produce atrofia en ambos tejidos. En la vagina, se manifiesta con adelgazamiento, sequedad, prurito, dolor y dispareunia. La atrofia vaginal es un trastorno tardío de la deficiencia de estrógenos; 33% de las pacientes sufre de atrofia sintomática a los cinco años de iniciada la menopausia. ⁽¹⁹⁾.

Gráfico No. 2

Repercusión de hipoestrogenismo en la vejiga y uretra



Fuente: Salvador C. Guía de atención clínica del climaterio y la menopausia. Rev Peruana

Transtornos neuropsiquiátricos

Si bien se reconoce que todos los cambios relacionados a la falla ovárica primaria van a ser productos de procesos naturales, esto afecta mucho a las mujeres, ya que algunas lo relacionan con pérdida de su juventud, de su feminidad, contribuyendo a causar ansiedad e incertidumbre. Se ha planteado que las hormonas producidas por el ovario, como los estrógenos, la progesterona y la testosterona, tienen influencia en el cerebro, activando procesos complejos a través de los neurotransmisores. Si bien estos procesos no están completamente clarificados, se plantea que la deficiencia de estrógenos va a alterar los niveles de catecolaminas (dopamina y norepinefrina), acetilcolina y monoamino oxidasa, a nivel del sistema nervioso central, y con ello condicionar las alteraciones del humor, del estado de ánimo, la memoria, así como de la libido en la mujer. Sin embargo, se reconoce también que aquí intervienen muchos otros factores, como los culturales, sociales, ambientales y psicológicos, que van a hacer que todas

las manifestaciones del climaterio y la menopausia se vuelvan complejas y variadas. En la actualidad, muchos estudios fallan en demostrar esta asociación ⁽²¹⁾.

1.6. SATISFACCIÓN SEXUAL

La sexualidad es un aspecto importante de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social, teniendo como fin el placer sexual más no solo la búsqueda de la procreación significando en definitiva que el placer es un derecho. El ejercicio de la sexualidad saludable construye dignidad y encuentro humano. Por lo tanto, “los derechos sexuales tienen relación con lo más íntimo de las personas, con su identidad, historia, autonomía y autodeterminación”. Se insiste en la importancia y repercusión de conocer cuáles y con qué frecuencia se presentan las alteraciones de la función sexual en la menopausia afectando así la calidad de vida, y poder llegar a un entendimiento que permita proveer un cuidado adecuado a nuestra población y promover estilos de vida que puedan disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida en este grupo de mujeres.

La satisfacción sexual está considerada parte fundamental de las personas y es resultado de la combinación de factores biológicos, emocionales y socioculturales. En el Estudio De Las Mujeres En Toda La Nación (por sus siglas en inglés SWAN), al preguntar a las mujeres que tan importante consideran que es el sexo, alrededor de 75% respondieron que era de moderado a extremadamente importante ⁽²²⁾. Indudablemente la respuesta sexual es un importante indicador de la calidad de vida, el cual está influenciado por varios factores físicos, psicológicos y sociales, tales como

el estado marital, los sentimientos por el compañero, el estado de salud física, mental de la mujer y del compañero y la edad ⁽²³⁾.

La disfunción sexual tiene alta prevalencia en la población general siendo aproximadamente de 43% en mujeres y 31% en hombres. La prevalencia es mayor en mujeres y tiende a aumentar en la mediana edad convirtiéndose en un problema de salud pública al cual se le ha prestado interés solamente en las últimas décadas ⁽²⁴⁾.

Sin embargo, en nuestra sociedad son pocas las mujeres que en esta etapa de su vida se encuentran dispuestas a mencionar este tema en consulta médica y a responder preguntas abiertamente al respecto.

Al considerar la sexualidad como un tema vergonzoso y no consultar al respecto la mujer menopáusica se encuentra en la necesidad de padecer cualquier inconveniente relacionado a este campo o incluso una disfunción sexual sin un tratamiento médico biológico así como una guía psicosocial. Lo que radica en evitar el contacto sexual o disfrutar de esa experiencia y por ende una disminución de la calidad de vida.

Es por tanto vital el que se rompan estos tabúes, que los profesionales de salud estén informados sobre los índices de satisfacción sexual en la mujer menopáusica y qué factores tanto biológicos como psicosociales pueden influir en ésta, para así proveer abiertamente información científica, actualizada y acorde a las preocupaciones sobre la vida sexual de las mujeres en esta etapa. Es esencial que la paciente conozca estos factores que afectan su calidad de vida sexual.

La importancia de satisfacción sexual es para instaurar medidas que lleven a mejorar la calidad de vida de estas mujeres, desde el punto de vista social, el estudio es relevante basado en que en esta etapa es frecuente las alteraciones de la sexualidad, lo que afecta considerablemente en el desenvolvimiento de estas mujeres en su contexto familiar, social y laboral, por lo tanto, debe reconocerse como un período de transición que representa una oportunidad para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, aspectos centrales del cuidado de salud, así mismo, hay que señalar que durante todo problema de salud, además de los factores biológicos y psicológicos involucrados, también se acompaña de factores sociales que algunas veces exacerban los síntomas del problema de salud presente y esta etapa de la vida es rica manifestaciones en todos estos aspectos.

Los estudios existentes sobre satisfacción sexual femenina se basan principalmente en la etapa del climaterio, existiendo poca reflexión e información basada en mujeres adultas jóvenes. Para realizar una aproximación a nivel internacional Baldwin (2001), en un estudio realizado en Estados Unidos, mostró que las disfunciones sexuales en mujeres tienen una prevalencia de 43%, mientras que en el hombre se presenta sólo en un 31%. A nivel Latinoamericano Díaz y Moore (1999) desarrollaron una investigación en Brasil donde dan cuenta que de un total de 378 mujeres, el 15% reportó nunca tener deseo sexual y un 85% reportó tener deseo sexual frecuentemente o a veces. La calidad de la relación sexual en estas mujeres fue considerada en un 9,8% como mala, el 50% de las mujeres que tenían problemas sexuales los atribuían al uso de métodos anticonceptivos.

En un estudio multicéntrico con el tema “Disfunción Sexual En Mujeres. Estudio Multicéntrico Latinoamericano. Índice De La Función Sexual Femenina” como uno de los autores, el Dr. Andrés Calle 2009 que llegó a la conclusión de que el predominio de disfunción sexual en latinoamericanas de mediana edad fue alto, como factor de riesgo se consideró la disminución en la lubricación vaginal fue el más importante.

Como muestran los datos, la satisfacción sexual en las mujeres no es un problema poco frecuente, pero como la sexualidad sigue siendo un tema tabú, y en el caso de las mujeres, se agudiza por el rol subordinado de éstas. Como señala Farías(1997), históricamente las sociedades patriarcales han utilizado la diferenciación de género para afirmar un sistema de dominación, legitimado, reproducido y sustentado tanto por las percepciones culturales imperantes como por la restricción del rol de la mujer, provocando que la insatisfacción sexual no se exprese y lo peor de todo se naturalice, sin darle la importancia real que amerita, ya que en las mujeres que la padecen ésta repercute tanto en su vida personal como de pareja. ⁽²⁴⁾.

CAPÍTULO II

MÉTODOS

2.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la satisfacción sexual y las alteraciones de la función sexual en mujeres de 40 a 55 años con diagnóstico de menopausia que acuden a la consulta externa del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1.

2.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Establecer el nivel de satisfacción sexual de las mujeres menopáusicas de la

Consulta Externa de Ginecología del Hospital de Especialidades de las F.F.A.A N°1

2.- Identificar si el padecer una enfermedad orgánica o psicológica ocasiona una menor satisfacción sexual en las mujeres postmenopáusicas de la Consulta Externa de Ginecología.

3.- Determinar cuáles son los factores de riesgo más frecuentes, como biológicos, enfermedades orgánicas, presencia de hábitos tóxicos y trastornos en la esfera psicosocial en las mujeres menopáusicas de la Consulta Externa de Ginecología del Hospital de Especialidades de las FF.AA. N°1.

2.2. PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿La satisfacción Sexual y las alteraciones de la función sexual en mujeres en estado de menopausia entre 40 a 55 años de edad están relacionadas con los factores biológicos como enfermedades orgánicas, presencia de hábitos tóxicos y trastornos en la esfera psicosocial de la mujer?

2.3. HIPOTESIS

La satisfacción Sexual y las alteraciones de la función sexual en mujeres en estado de menopausia entre los 40 a 55 años de edad están relacionadas con los factores biológicos como enfermedades orgánicas, presencia de hábitos tóxicos y trastornos en la esfera psicosocial de la mujer.

2.4. DISEÑO

Con la finalidad de determinar la satisfacción sexual y las alteraciones de la función sexual en pacientes menopáusicas entre 40 a 55 años que acuden a la Consulta Externa del Hospital de Especialidades de las FF.AA. N°1 se realizó un estudio Observacional Descriptivo De Corte Transversal.

2.5. RELACIÓN EMPÍRICA DE LAS VARIABLES

- **Variable dependiente:** satisfacción sexual
- **Variable independiente:** edad, estado civil, nivel de instrucción, etnia, nivel socioeconómico, abuso sexual, maltrato físico o psicológico, infidelidad de la pareja, enfermedades orgánicas, edad de la última menstruación, disfunción sexual, trastornos del deseo, trastornos de la excitación, trastornos de la lubricación, trastornos del orgasmo, trastornos del dolor.

2.6. OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Dimensión	Definición	Indicador	Escala de medición	Técnica de investigación	Instrumento	Fuente
Disfunción Sexual	Trastorno de la excitación Sexual	Llamados «impotencia» en los hombres y «frigidez» en las mujeres, aunque ahora se usan términos menos críticos: para los hombres, se emplea el de «disfunción eréctil»	Distribución porcentual del nivel subjetivo del estado de Excitación sexual	1. Excelente 2. Muy Buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala	Encuesta	Cuestionario	Mujeres Menopáusicas
Disfunción Sexual	Trastorno del deseo sexual	Trastornos del deseo sexual o anafrodisia. Puede deberse a una bajada del nivel normal de producción del estrógeno (en las mujeres) o la testosterona (en los varones). Otras causas pueden ser la edad, la fatiga, el embarazo, la medicación (como los ISRS) o enfermedades psiquiátricas, como depresión o ansiedad.	Distribución porcentual del nivel subjetivo del Deseo sexual	1. Excelente 2. Muy Buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala	Encuesta	Cuestionario	Mujeres Menopáusicas

2.6. OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Dimensión	Definición	Indicador	Escala de medición	Técnica de investigación	Instrumento	Fuente
Disfunción Sexual	Trastornos del orgasmo	Conocido como el retraso persistente o la ausencia de orgasmo tras una fase normal de excitación sexual.	Distribución porcentual del nivel subjetivo del estado del orgasmo	Si siente No siente	Encuesta	Cuestionario	Mujeres Menopáusicas
Disfunción Sexual	Trastornos de dolor sexual	Se conocen como dispareunia (intercambio sexual doloroso) y vaginismo (espasmos involuntarios de los músculos de la pared vaginal que dificultan o impiden el coito).	Distribución porcentual del nivel subjetivo del Dolor sexual	✓ Dolor ausente ✓ Moderado ✓ Intenso ✓ Tolerable	Escala de dolor en encuesta	Cuestionario	Mujeres Menopáusicas

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Periodo de tiempo comprendido desde el nacimiento hasta la fecha de ingreso	Años cumplidos	40 – 55
Procedencia	Lugar donde nació	Lugar geográfico	Urbano Rural
Estado Civil	Grado de vínculo entre dos personas determina por ley	Estado civil establecido en su documento de identificación	➤ Soltera ➤ Casada ➤ Unión libre ➤ Divorciada
Instrucción	Años escolares aprobados en una institución educativa	Años de estudio aprobados	➤ Primaria ➤ Secundaria ➤ Superior
Paridad	Número de partos	Número de partos	➤ Nulípara ➤ Multípara
Antecedentes de cirugía Pélvica	Historia personal de cirugías realizadas en la cavidad abdomino-pélvica por diferentes patologías.	Historia clínica, sistema informático AS 400, verificación de la cicatriz quirúrgica	➤ Si ➤ No
Violencia intrafamiliar	Cualquier tipo de abuso de poder de parte de un miembro de la familia sobre otro.	Abuso de poder intrafamiliar informado por la paciente.	➤ Psicología ➤ Física ➤ Sexual
Problemas económicos	La presión psicológica que la familia siente cuando los recursos económicos no son suficientes.	Recursos económicos insuficientes.	➤ Si ➤ No
Depresión-ansiedad	Enfermedad que afecta la salud mental clasificada en el Sistema DSM IV	Historia clínica	➤ Depresión ➤ Ansiedad –
Consumo de cigarrillo		Información indicada por la paciente	➤ Si ➤ No
Consumo de Alcohol		Información indicada por la paciente	➤ Si ➤ No
Trabajo actual	Ausencia de actividad laboral que crea remuneración	Información indicada por la paciente	➤ Si ➤ No

2.7. POBLACIÓN, MUESTRA Y ASIGNACIÓN

2.7.1. POBLACIÓN

Para el presente estudio se eligió mujeres entre los 40 a 55 años de edad con un diagnóstico de menopausia, que acudieron a la consulta externa de Ginecología del Hospital De Especialidades De las Fuerzas Armadas, con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

2.7.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

1. Mujeres con un diagnóstico de menopausia
2. Mujeres con edades comprendidas entre los 40 a 55 años que acuden a consulta externa de Ginecología del Hospital de Especialidades de las FF.AA. N°1.

Criterios de exclusión

1. Mujeres en perimenopausia.
2. Mujeres con terapia hormonal.
3. Mujeres con terapia psicológica.
4. Mujeres con comorbilidades adicionales.
5. Mujeres con menopausia precoz y artificial.

2.7.1.2. MUESTRA

En virtud de que se trata de un DISEÑO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO DE CORTE TRANSVERSAL, para determinar la satisfacción sexual y las alteraciones de la función sexual en mujeres menopaúsicas se escogió una población homogénea, infinita, el cálculo de la muestra se basó en la fórmula de muestreo aleatorio simple:

A. CALCULO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{pqz^2e^2}{e^2}$$

Dónde:

p= probabilidad de que las mujeres en climaterio presenten insatisfacción sexual = 0.51

q= probabilidad de no presentar disfunción sexual = 1- p = 0.49

z= nivel de seguridad 95% = 1.96

e= error de interferencia 10% = 0.10

Reemplazando: $n = (0.51)(0.49)(1.96)^2(0.10)^2$

$$n = 116,44$$

El tamaño de la muestra es de 116 mujeres que se encuentran en estado de menopausia que cumplieron con criterios de exclusión e inclusión.

2.8. PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El trabajo metodológico se desarrolló con la siguiente secuencia:

1. Aprobación del Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina de la PUCE, aprobación del Comité de Bioética, Dirección de Docencia del Hospital de Especialidades de las FF.AA. N°1
2. Se solicitó autorización por parte de las pacientes para participar en la Investigación, en caso de respuesta positiva, se entregó el consentimiento informado que fue firmado por la paciente.
3. Distribución del grupo: Con el transcurso de la investigación se fueron ubicando las pacientes según la presentación o no del efecto. Mujeres con el efecto “Disfunción sexual”: con los factores asociados y otras sin estos factores.
4. Recolección de la información, mediante dos formularios el primero elaborado para el efecto en el que se incluyó el cuestionario “Índice de Función Sexual Femenina” (por sus siglas en inglés IFSF), desarrollado por Rosen y validado al español (>70%) y el segundo la Escala de Valoración de la Menopausia (por sus siglas en inglés MRS).

5. Se realizó la explicación de cada cuestionario y de los beneficios del resultado. Los cuestionarios son de tipo heteroaplicados, que tienen un tiempo estimado de 15 min cada uno.
6. A cada paciente se entrevistó con 2 cuestionarios en un total de tiempo estimado de 30 min por persona.

2.9. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS, ESTANDARIZACIÓN

Para la recolección de datos necesarios en nuestro estudio se utilizó: La Escala de Valoración de la Menopausia es un instrumento desarrollado y validado de medición de calidad de vida, desarrollado inicialmente en la década 1990-1999 por una red de investigación Alemana y dirigida por el Doctor Lotear AJ. Heinemann y colaboradores, para medir la severidad de los síntomas relacionados con el climaterio.

La escala sigue un esquema simple de interpretación:

La puntuación es sencilla: la puntuación aumenta punto por punto con el aumento de la gravedad de las denuncias subjetivamente percibidas en cada uno de los 11 ítems (gravedad expresa en 0 a 4 puntos en cada artículo). Al marcar estos 5 posibles ítems de "gravedad" para cada uno de las preguntas que el demandado ofrece según su percepción personal. La puntuación total de la MRS oscila entre 0 (asintomáticos) y 44 (el más alto grado de quejas). Las puntuaciones mínimas / máximas varían entre las

tres subescalas en función del número de quejas destinados a los síntomas: síntomas psicológicos: de 0 a 16 puntos de puntuación (4 síntomas: deprimido, irritable, ansioso, agotado) síntomas somato-vegetativa: de 0 a 16 puntos (4 síntomas: sudoración, dolencias cardíacas, trastornos del sueño, molestias articulares y musculares) síntomas urogenitales: 0 a 12 puntos (3 síntomas: problemas sexuales, problemas urinarios, sequedad vaginal).

Las puntuaciones compuestas para cada una de las dimensiones (sub-escalas) se basa en la suma de las puntuaciones de los ítems de las respectivas dimensiones.

La calificación global (puntuación total) es la suma de las puntuaciones de la dimensión. Este instrumento define como compromiso severo de la calidad de vida si el dominio somático tiene un puntaje superior a 8, el psicológico superior a 6, urogenital superior a 3, y la puntuación total de la escala es superior a 16 puntos. (Anexo 2)

El cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM) es un cuestionario autoadministrado, de 14 preguntas cerradas y una alternativa, que se responden mediante una escala Likert de 5 valores y se integran en dominios. Las incluidas en los dominios: evaluadores de actividad sexual (DEAS) puntúan de 1 a 5. Las de los dominios descriptivos no tienen valor cuantitativo y ayudan a reconocer cuestiones importantes en todas las encuestas (frecuencia sexual, existencia de pareja) y en algunas esenciales para el diagnóstico de disfunción Sexual en la encuestada o su pareja sexual.

Instrucciones para su interpretación Se trata de una escala auto- administrada que consta de 14 ítems, tras una pregunta llave. Cada ítem del cuestionario FSM puntúa entre 1 y 5. Su interpretación atiende a las siguientes consideraciones: En cada pregunta se sumarán los puntos obtenidos en los ítems que se describen en la siguiente tabla, si la puntuación total suma, por ejemplo 6 puntos en la primera de Deseo, esto está en la columna de “Puntuación Total” entre 4-7, y nos indicará, según la escala de Interpretación, que posiblemente padecemos un trastorno moderado de deseo sexual.

Las 6 primeras preguntas se refieren a trastornos de las distintas fases de la respuesta sexual. Las preguntas 7 y 8 Evalúan aspectos relacionales de la actividad sexual.

Las 9 y 10 Evalúan satisfacción sexual.

Las restantes solo describen aspectos de interés sobre la actividad sexual.

Para diagnosticar disfunción sexual solo contabilizan las 6 primeras preguntas: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Problemas con la penetración vaginal, Ansiedad anticipatoria.

Dominio “Grado de comunicación sexual”: No evaluable si la opción elegida por la mujer fuese NO TENGO PAREJA.

Dominio “Actividad sexual sin penetración vaginal”: Evaluable solo si no hay respuesta a la pregunta 7a y sí a 7b.

Consideraciones diagnósticas a la información complementaria del ítem 7b:

- Si la respuesta es a) Dolor o b) Miedo a la penetración: Considerar posible “trastorno sexual por dolor” (DSM-IV-TR y CIE 10): Vaginismo o dispareunia severa.

- Si la respuesta es d) Incapacidad por parte de su pareja: Estudiar posible disfunción eréctil u otro trastorno de la pareja. (**Anexo 2**)

2.10. PROCEDIMIENTO

2.10.1. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

Se identificó de esta casa de salud a pacientes menopaúsicas entre los 40 a 55 años de edad que acudieron a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital de Especialidades de las FF.AA. N°1. Se utilizó los test de Satisfacción Sexual y la Escala de Valoración de la Menopausia.

2.10.2. PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Los datos se obtenidos fueron alimentados en una base de datos en el programa informático Excel versión 2008, esta base de datos previo al análisis fue depurada. Posteriormente para el análisis de las variables socio demográficas se calculó porcentajes, frecuencias, promedios. Para las variables comparativas se utilizó el Chi Cuadrado con un IC del 95% y significancia estadística de 0,05, mediante el programa estadística Epiinfo versión 2007.

2.11. ASPECTOS BIOÉTICOS

Esta investigación se realizó en el Hospital de Especialidades de las FF.AA. N°1 con pacientes menopaúsicas entre 40 a 55 años de edad, siendo necesario tener en cuenta

los principios de la ética médica, la declaración de Helsinki y la firma del consentimiento informado, al referir estar de acuerdo en participar en la investigación mediante su acción voluntaria, libre del control de otros, y manifestando por escrito su consentimiento para colaborar con el investigador (ANEXO 4). Además, se solicitó autorización del Director Médico, del Coordinador del Proceso de Investigación y del Comité de Docencia para poder realizar el estudio. (ANEXO 5).

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Se estudió un total de 117 pacientes obteniendo los siguientes resultados.

3.1. PERFIL DEMOGRÁFICO DE LAS PACIENTES

Tabla No. 5

Distribución de las pacientes por análisis de la edad. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N.1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016

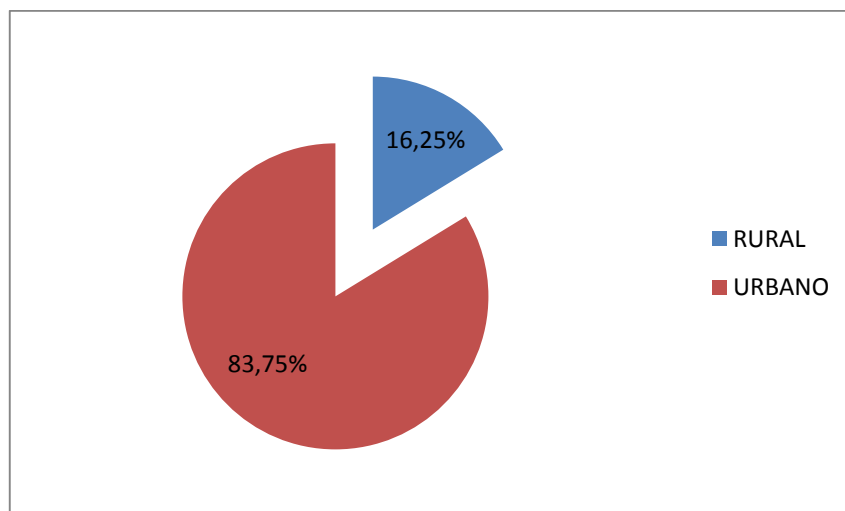
Media	47,6495726
Error típico	0,42475635
Mediana	48
Moda	45
Desviación estándar	4,59444237
Varianza de la muestra	21,1089007
Curtosis	-
Coeficiente de asimetría	0,52553887
Rango	21
Mínimo	40
Máximo	61
Suma	5575
Cuenta	117

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.
Realizado: Dra. Karla Díaz

En la tabla número 5 se observa que el grupo de pacientes presentaba una media de 47,69 años, con una desviación estándar de 4,59 años y un rango que varió desde los 40 años, las de menor edad, a 61 años, el rango máximo de edad.

Gráfico No. 3

Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la procedencia. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N.I. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016

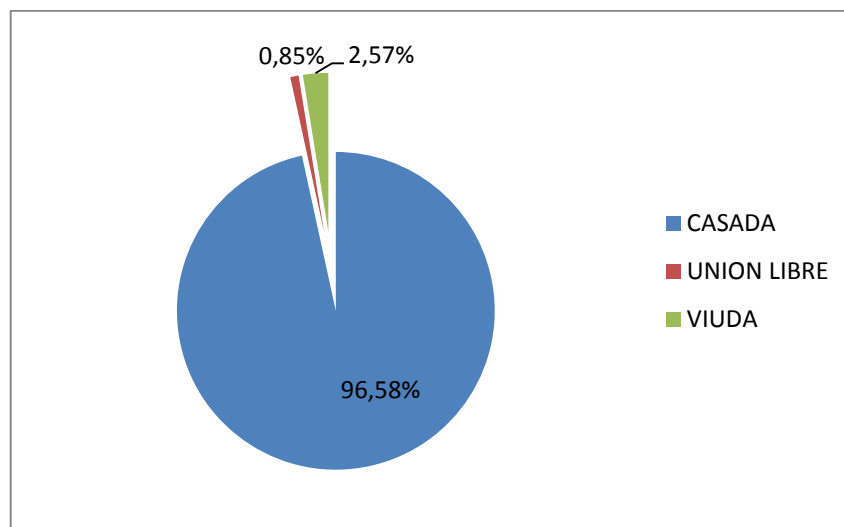


Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.
Realizado: Dra. Karla Díaz

En el gráfico número 3 se expone que el lugar de procedencia de las pacientes fue rural en 19 casos, lo que corresponde al 16,25% y urbano en 98 casos, lo que implica el 83,75%.

Gráfico No. 4

Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo al estado civil. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N.I. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016

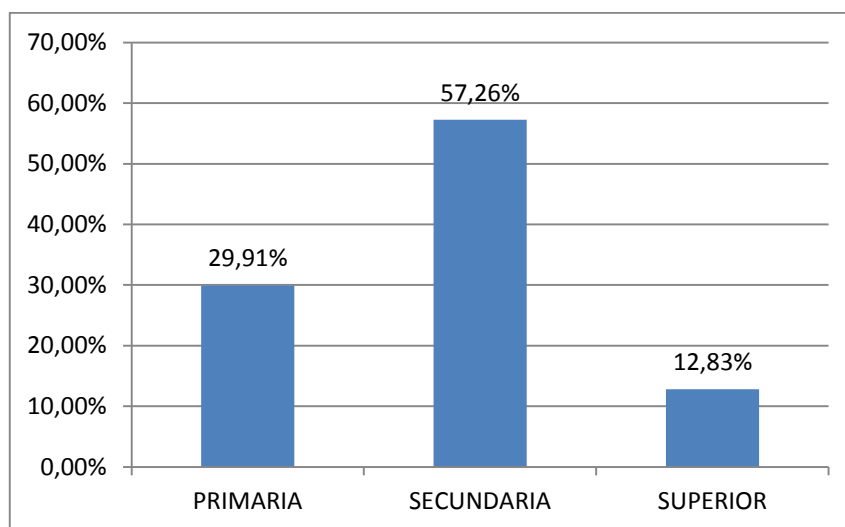


Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.
Realizado: Dra. Karla Díaz

En el gráfico número 4 se ilustra que el estado civil de las pacientes era casada en 113 casos, lo que implica el 96,58%, unión libre en 1 caso, lo que implica el 0,85% y viuda en 3 casos, lo que corresponde al 2,57% de la muestra.

Gráfico No. 5

Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la instrucción. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N.I. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016

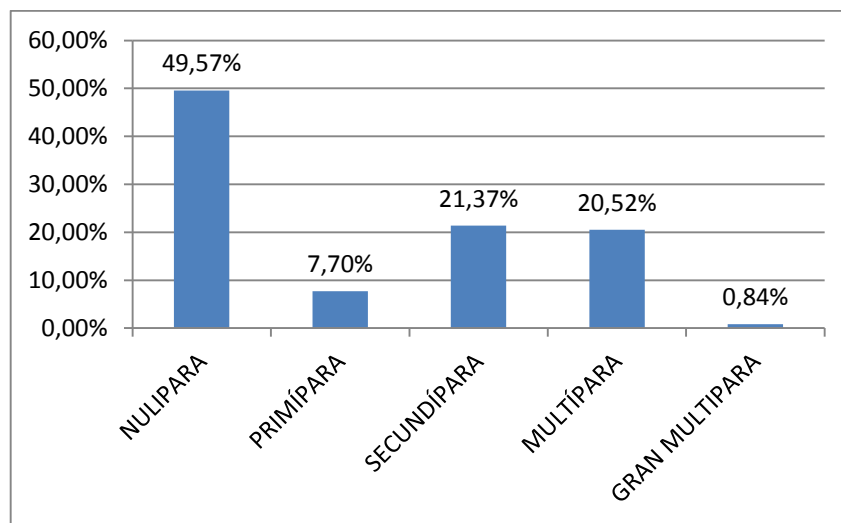


Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación. **Realizado:** Dra. Karla Díaz

El gráfico número 5 muestra que la instrucción de las pacientes fue primaria en 15 casos, lo que implica el 29,91% de los casos, secundaria en 67 casos, lo que corresponde 57,26% y superior en 35 pacientes, lo que representa el 12,83%.

Gráfico No. 6

Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la paridad. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N.I. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016



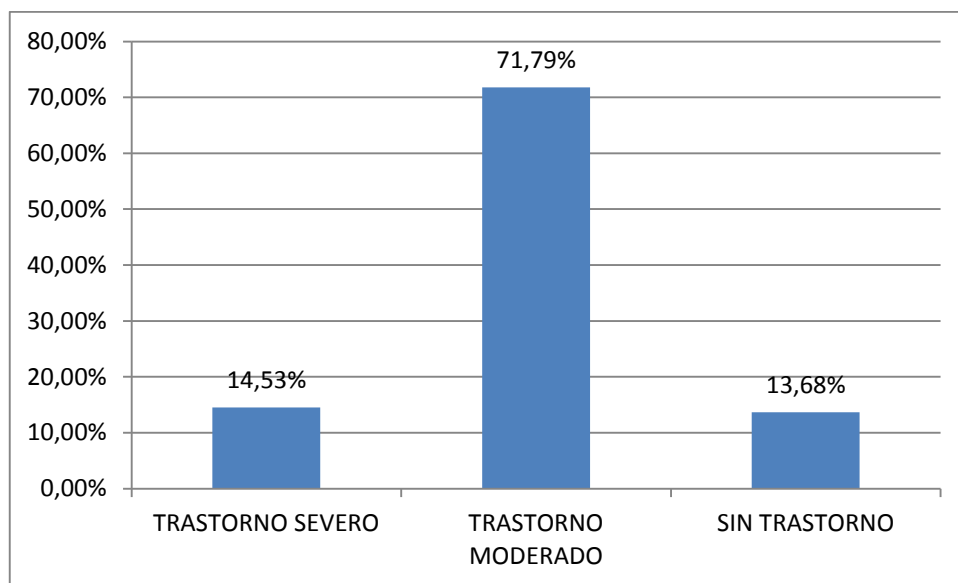
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.
Realizado: Dra. Karla Díaz

En el gráfico número 6 muestra que las pacientes eran nulíparas en 58 casos, lo que corresponde al 49,57%, primíparas en 9 casos, lo que implica el 7,70%, secundíparas en 25 casos, lo que representa el 21,37%, multíparas en 24 pacientes, lo que corresponde al 20,52%, gran multíparas en 1 caso, lo que representa el 0,84%.

3.2. TRASTORNO DEL DESEO

Gráfico No.7

Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la valoración de los trastornos del deseo sexual



Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.

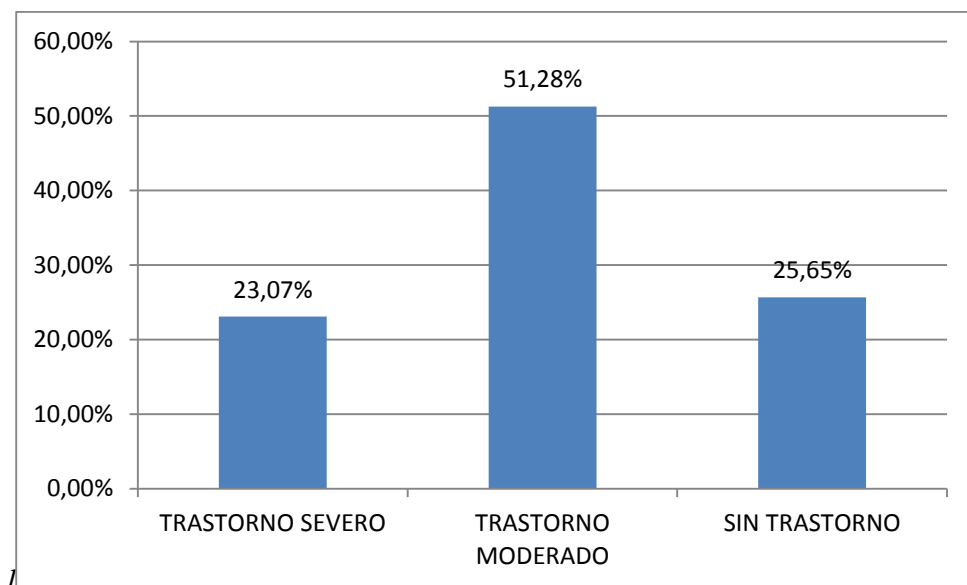
Realizado: Dra. Karla Díaz

En el gráfico número 7 se observa un trastorno moderado en el deseo sexual está presente en 84 pacientes, lo que representa el 71,79% de la muestra.

3.3. TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN

Gráfico No.8

Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la valoración de los trastornos de la excitación sexual



Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.

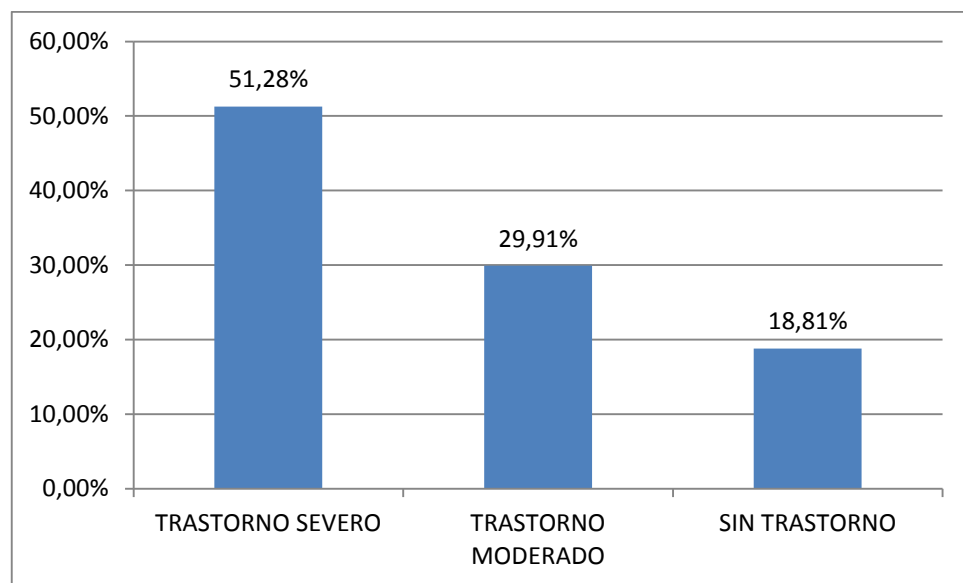
Realizado: Dra. Karla Díaz

El gráfico número 8 muestra la presencia de un trastorno moderado en la excitación sexual en 60 pacientes, lo que implica el 51,28% de los casos.

3.4. TRASTORNO DE LA LUBRICACIÓN

Gráfico No.9

Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la valoración de los trastornos de la lubricación



Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.

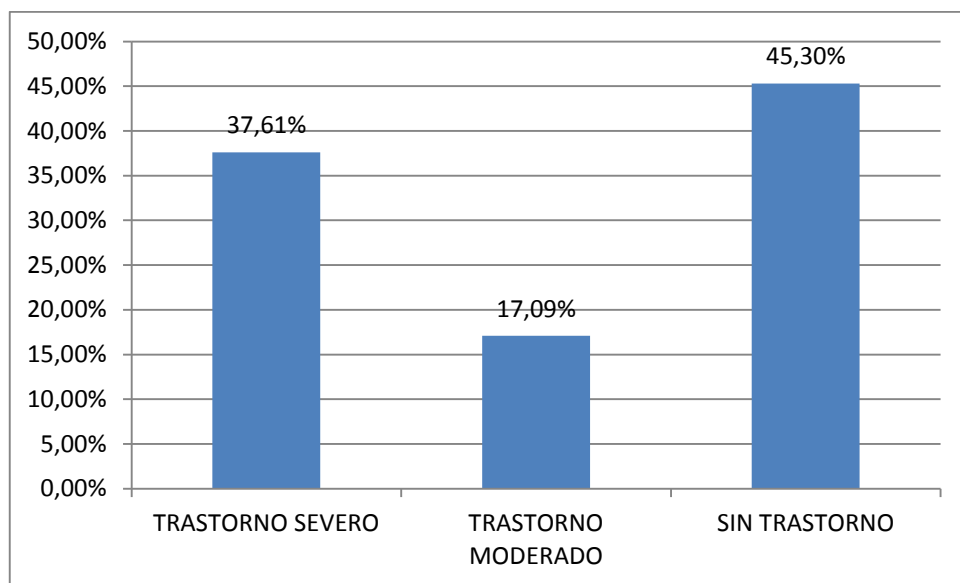
Realizado: Dra. Karla Díaz

En el gráfico número 9 se muestra que la lubricación sexual presentó un trastorno severo en 60 pacientes, lo que implica el 51,28% de los casos.

3.5. TRASTORNO DEL ORGASMO

Gráfico No.10

Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la valoración de los trastornos del orgasmo



Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.

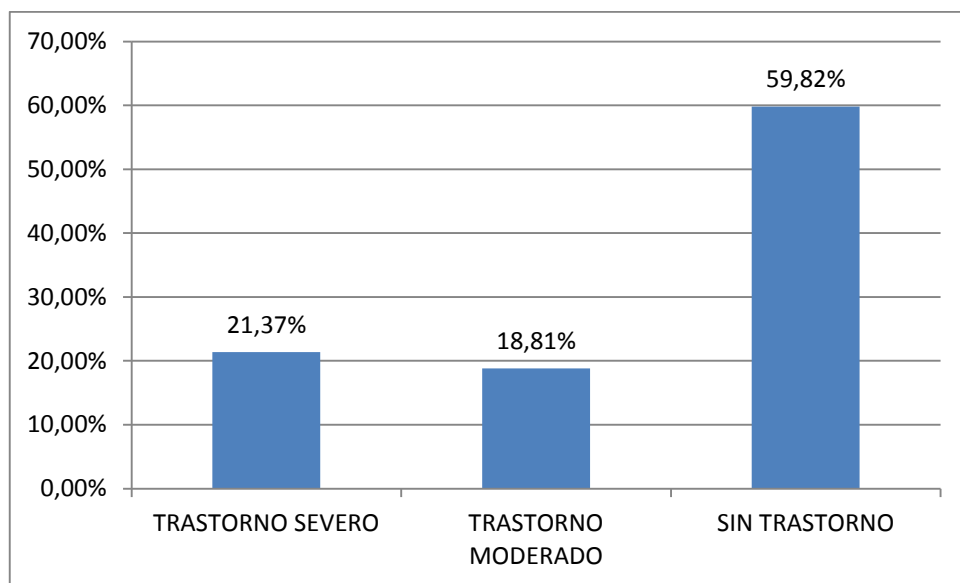
Realizado: Dra. Karla Díaz

El gráfico numero 10 muestra que el 45,30% de las pacientes no refirió presentar un trastorno del orgasmo, mientras que el 37,61% refirió un trastorno severo y el 17,09% un trastorno moderado.

3.6. PROBLEMAS CON LA PENETRACIÓN SEXUAL

Gráfico No.11

Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la valoración de los problemas con la penetración sexual



Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.

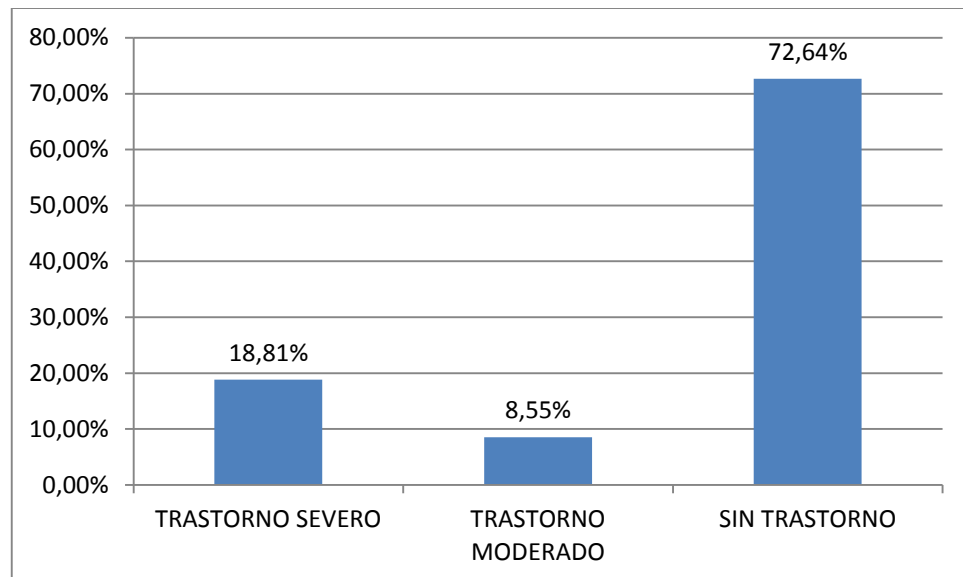
Realizado: Dra. Karla Díaz

El gráfico número 11 muestra que de las 117 pacientes participantes, 70 pacientes respondieron no tener trastornos en la penetración sexual, lo que implica el 59,82%, mientras que el 21,37% presentó un trastorno severo y el 18,81% un trastorno moderado.

3.7. ANSIEDAD ANTICIPATORIA

Gráfico No.12

Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a los trastornos de ansiedad anticipatoria



Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.

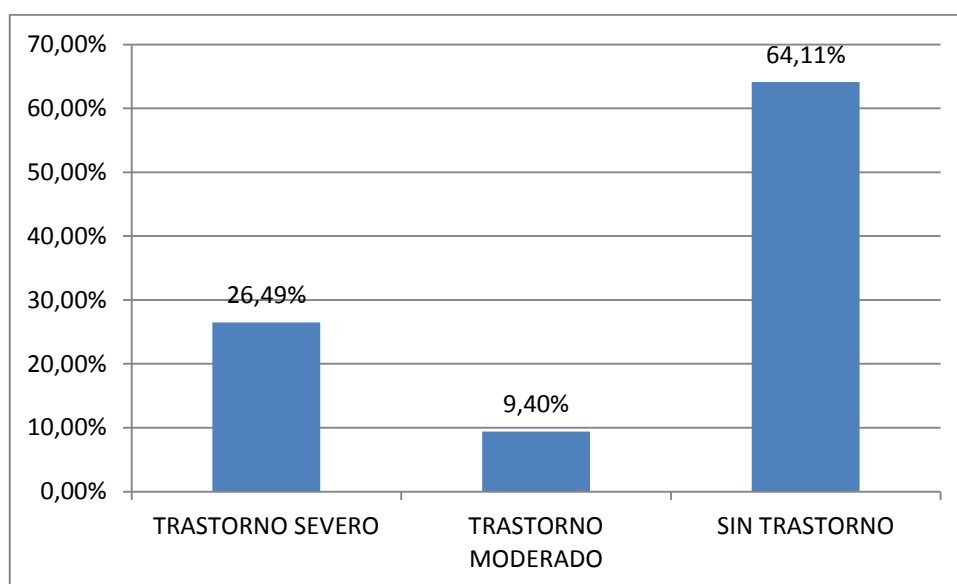
Realizado: Dra. Karla Díaz

El gráfico número 12 muestra que 81 pacientes respondieron no presentar problemas de ansiedad anticipatoria, correspondiendo al 72,64% de los casos.

3.8. INICIATIVA SEXUAL

Gráfico No.13

Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a los trastornos de la iniciativa sexual



Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.

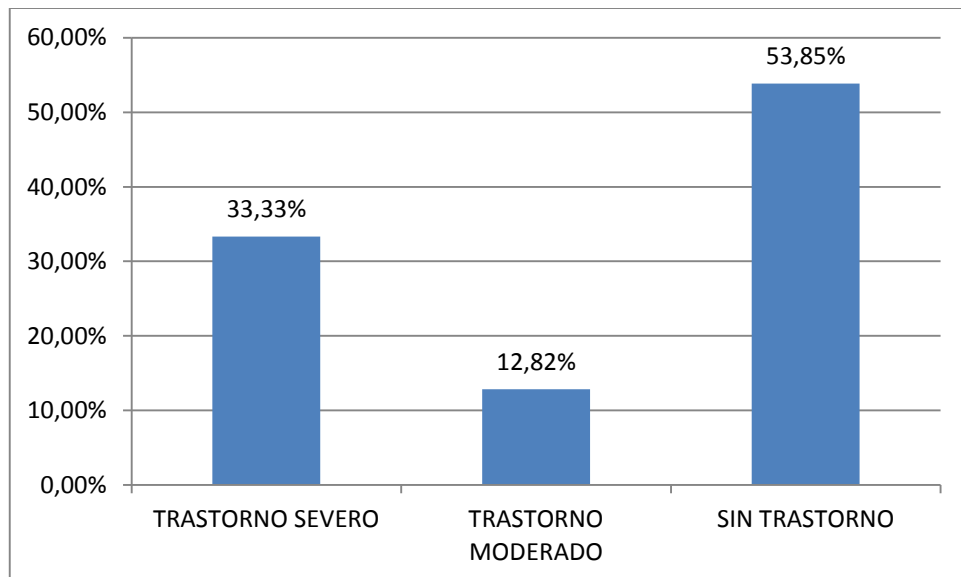
Realizado: Dra. Karla Díaz

El gráfico número 13 muestra que en el 64,11% de las pacientes no se observaron trastornos de la iniciativa sexual, mientras que en el 26,49% se presentó un trastorno severo y en 9,40% un trastorno moderado.

3.9. GRADO DE COMUNICACIÓN SEXUAL

Gráfico No.14

Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a los trastornos de comunicación sexual



Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.

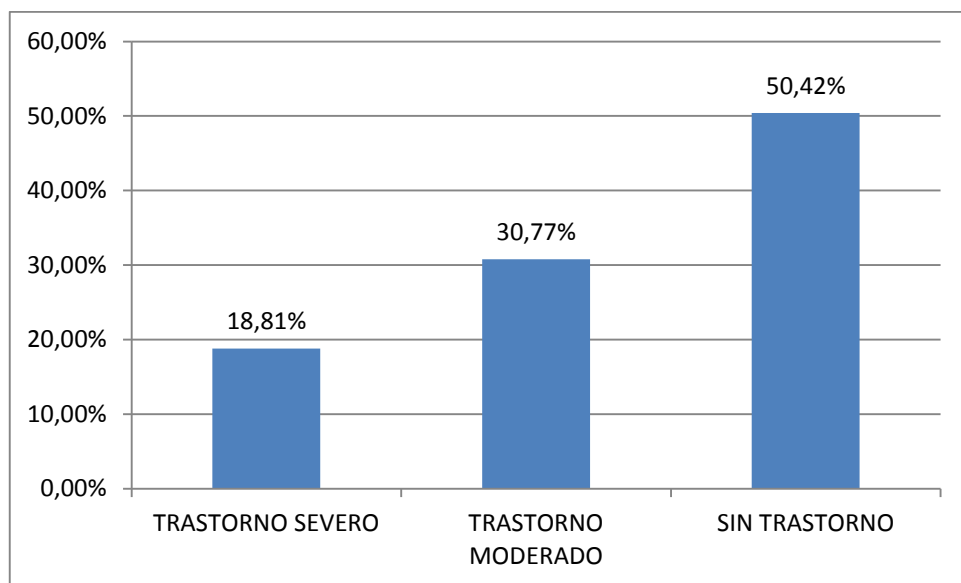
Realizado: Dra. Karla Díaz

El gráfico número 14 muestra que el 53,85% de las pacientes no presentaban trastornos en la comunicación sexual, mientras que en el 33,33% se presentó un trastorno severo y en el 12,82% un trastorno moderado.

3.10. SATISFACCION CON LA ACTIVIDAD SEXUAL

Gráfico No.15

Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a los trastornos de satisfacción con la actividad sexual



Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.

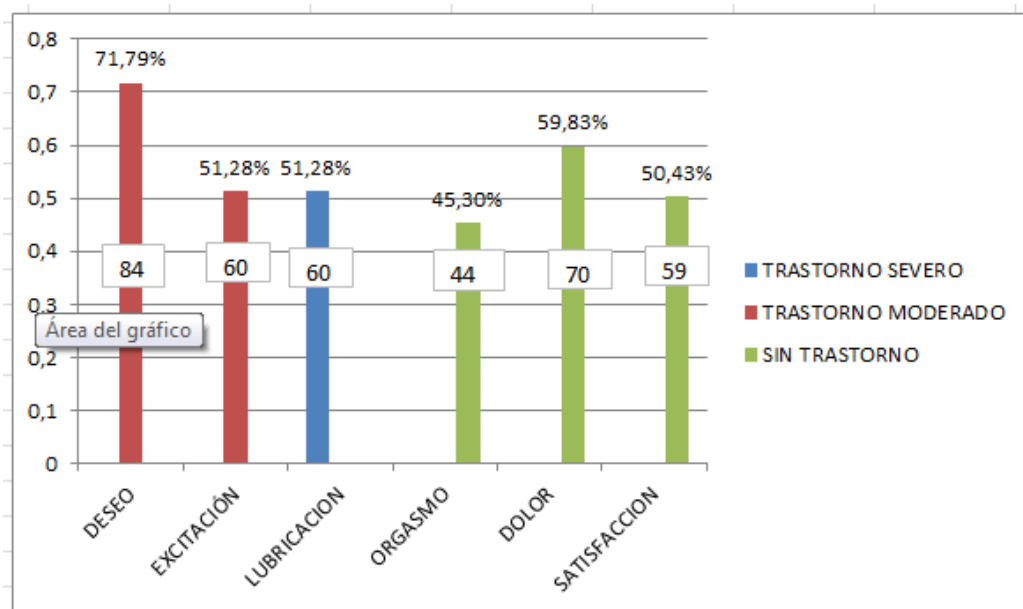
Realizado: Dra. Karla Díaz

El gráfico número 15 muestra que el 50,42% de las pacientes no presentaban trastornos de la satisfacción con la actividad sexual, mientras que en el 30,77% se presentó un trastorno moderado y en el 18,81% un trastorno severo.

3.11. TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD

Gráfico No.16

Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a los trastornos de la sexualidad



Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.

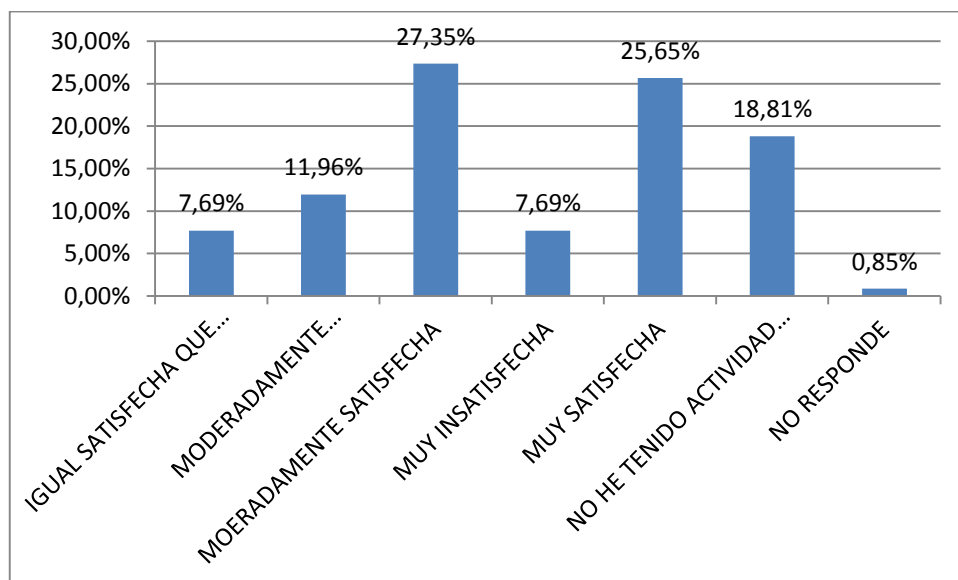
Realizado: Dra. Karla Díaz

De todos los trastornos de la sexualidad, el más severo es el de la lubricación, en cuanto al grado de lubricación, que presentan 60 pacientes, lo que representa el 51,28% de los casos. Como trastornos moderados se observa el deseo, en 84 pacientes, que implica el 71,79% y el de la excitación, que se presentó en 60 pacientes, representan el 51,28%.

3.12. SATISFACCIÓN CON LA CANTIDAD DE INTIMIDAD SEXUAL

Gráfico No.17

Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la satisfacción con la cantidad de intimidad emocional entre usted y su pareja durante la actividad sexual. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N.1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016



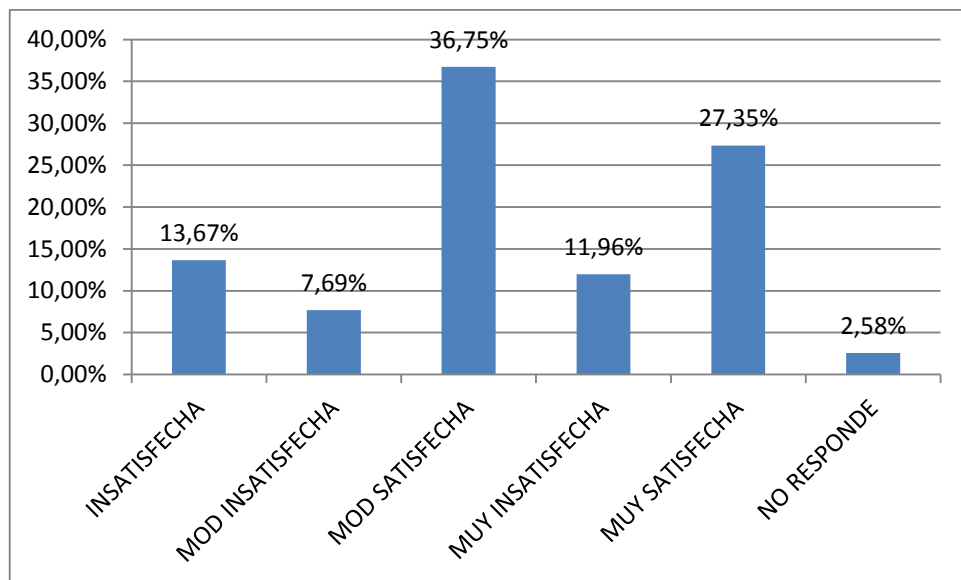
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.
Realizado: Dra. Karla Díaz

En el gráfico 17 se muestra que el 27,35% de las pacientes manifestó sentirse moderadamente satisfecha y el 25,65% de las pacientes manifestó sentirse muy satisfecha con la cantidad de intimidad sexual (número de relaciones sexuales) entre ella y su pareja.

3.13. SATISFACCIÓN CON LA RELACIÓN SEXUAL CON SU PAREJA

Gráfico No. 18

Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo a la satisfacción con la relación sexual con su pareja. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N.1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016



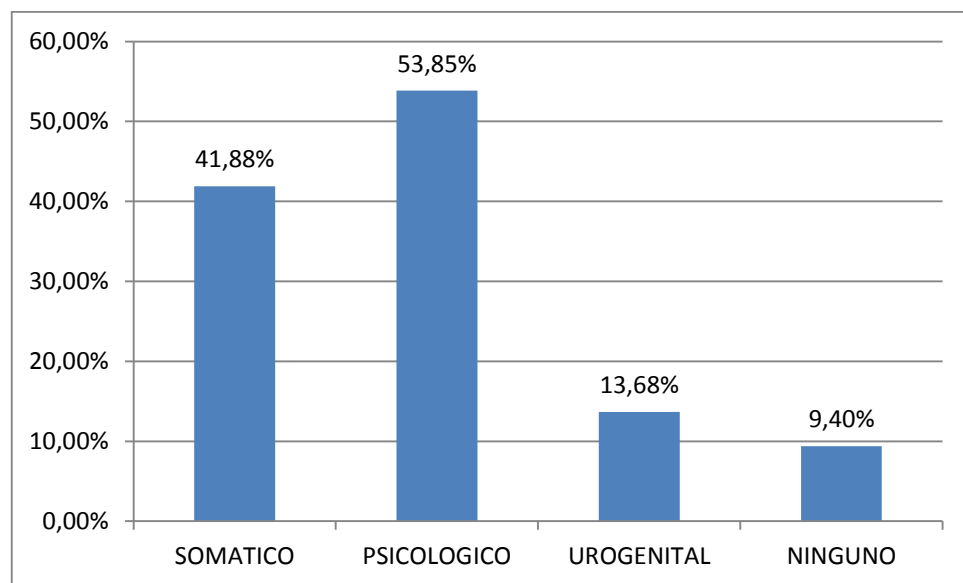
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.
Realizado: Dra. Karla Díaz

El gráfico 18 muestra que el 36,75% de las pacientes manifestaron sentirse moderadamente satisfechas con la relación sexual con su pareja el 11,96% señalaron estar muy insatisfecha con la relación sexual con su pareja.

3.14. MENOPAUSIA

Gráfico No.19

Distribución porcentual de las pacientes de acuerdo al resultado del cuestionario de menopausia



Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.

Realizado: Dra. Karla Díaz

La menopausia se presentó con trastorno psicológico en 63 pacientes, lo que implica el 53,85% de los casos.

3.15. ESTADÍSTICA INFERENCIAL

Tabla No.6

Distribución de las pacientes de acuerdo a la satisfacción sexual y el antecedente de cirugía pélvica. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N.1.

Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016

		SATISFECHA						Tota 1
		ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	NO REL SEXUAL	POCAS VECES	
ANTECEDENT	N/D	1	1	0	0	1	0	3
E DE CIRUGIA	NO	13	6	9	7	7	16	58
PELVICA	SI	13	6	12	4	12	9	56
Total		27	13	21	11	20	25	117

N/D No responde

p=0,628

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.

Realizado: Dra. Karla Díaz

En la tabla número 6 e muestra que el no presentar un antecedente de cirugía pélvica se relacionó en la mayoría de los casos con las respuestas sobre la satisfacción sexual de las pacientes, destacándose que un grupo de 16 mujeres que refirieron pocas veces una relación entre estas dos variables. Hallazgo no estadísticamente significativo (p=0,628).

Tabla No.7

Distribución de las pacientes de acuerdo a la satisfacción sexual y la presencia de violencia intrafamiliar. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas

N.1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016

		SATISFECHA						Total
		ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	NO REL SEXUAL	POCAS VECES	
VIOLENCIA	N	0	0	0	0	2	0	2
INTRAFAMILIAR	N/D	0	1	0	0	0	0	1
	NO	26	9	20	10	14	22	101
	SI	1	3	1	1	4	3	13
Total		27	13	21	11	20	25	117

N/D No responde

p=0,56

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.

Realizado: Dra. Karla Díaz

En la tabla número 7 muestra que el no presentar violencia intrafamiliar se relacionó con la mayoría de respuestas sobre la satisfacción sexual de las pacientes, destacándose un grupo de 26 mujeres que refirieron algunas veces una relación entre estas dos variables. Hallazgo no estadísticamente significativo (p=0,56).

Tabla No. 8

Distribución de las pacientes de acuerdo a la satisfacción sexual y la presencia de problemas económicos. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas

N.1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016

		SATISFECHA						Total
		ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	NO REL SEXUAL	POCAS VECES	
PROBLEMAS	N/D	0	0	0	0	0	1	1
ECONOMICOS	NO	16	4	18	10	10	18	76
	SI	11	9	3	1	10	6	40
Total		27	13	21	11	20	25	117

N/D No responde

p=0,019

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.

Realizado: Dra. Karla Díaz

En la tabla número 8 se muestra que el no presentar problemas económicos se relaciona con la mayoría de respuestas ofrecidas sobre la satisfacción sexual, destacándose un grupo de 18 mujeres encuestadas con actividad sexual que pocas veces manifestaron satisfacción con la relación sexual. Hallazgo estadísticamente significativo (p=0,019).

Tabla No. 9

Distribución de las pacientes de acuerdo a la satisfacción sexual y la presencia de depresión o ansiedad. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N.1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016

		SATISFECHA						Total
		ALGUNA	CASI	CASI	MUCHAS	NO REL	POCAS	
		S VECES	NUNCA	SIEMPRE	VECES	SEXUAL	VECES	
DEPRESIÓN	- N	0	0	0	0	1	0	1
ANSIEDAD	N/D	2	0	0	0	0	0	2
	NO	22	8	16	11	10	19	86
	SI	3	5	5	0	9	6	28
Total		27	13	21	11	20	25	117

N/D No responde

p=0,66

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.

Realizado: Dra. Karla Díaz

En la tabla número 9 se muestra que el no presentar depresión o ansiedad se relacionó con la mayoría de respuestas relacionadas con la satisfacción sexual, destacándose un grupo de 76 pacientes con actividad sexual sin problemas de depresión ni ansiedad Hallazgo no estadísticamente significativo (p=0,66).

Tabla No. 10

Distribución de las pacientes de acuerdo a la satisfacción sexual y la presencia de consumo de cigarrillos. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas

N.1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016

		SATISFECHA						Total
		ALGUNAS	CASI	CASI	MUCHAS	NO REL.	POCAS	
		VECES	NUNCA	SIEMPRE	VECES	SEXUALES	VECES	
CONSUMO DE	N	0	0	0	0	1	0	1
CIGARRILLOS	N/D	1	0	0	0	0	0	1
	NO	24	12	16	10	17	25	104
	SI	2	1	5	1	2	0	11
Total		27	13	21	11	20	25	117

N/D No responde

p=0,374

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.

Realizado: Dra. Karla Díaz

En la tabla número 10 se muestra que el no consumir cigarrillos se relacionó con las respuestas sobre satisfacción sexual en la mayoría de mujeres. Hallazgo no estadísticamente significativo (p=0,374).

Tabla No. 11

Distribución de las pacientes de acuerdo a la satisfacción sexual y la presencia de consumo de alcohol. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N.1. Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016

		SATISFECHA						Total
		ALGUNA	CASI	CASI	MUCHAS	NO REL	POCAS	
		S VECES	NUNCA	SIEMPRE	VECES	SEXUAL	VECES	
CONSUMO DE	NO	27	12	19	10	18	25	111
ALCOHOL	SI	0	1	2	1	2	0	6
Total		27	13	21	11	20	25	117

N/D No responde

p=0,398

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.

Realizado: Dra. Karla Díaz

En la tabla número 11 se muestra que el no consumir alcohol se relacionó con la mayoría de respuestas sobre satisfacción sexual. Hallazgo no estadísticamente significativo (p=0,398).

Tabla No. 12

Distribución de las pacientes de acuerdo a la satisfacción sexual y la presencia de trabajo actual. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N.1.
Periodo comprendido entre enero-noviembre 2016

		SATISFECHA						
		ALGUNA	CASI	CASI	MUCHAS	NO REL	POCAS	
		S VECES	NUNCA	SIEMPRE	VECES	SEXUAL	VECES	Total
TRABAJO	NO	16	6	15	8	9	17	71
ACTUAL	SI	11	7	6	3	11	8	46
Total		27	13	21	11	20	25	117

N/D No responde

p=0,360

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos de Esta Investigación.

Realizado: Dra. Karla Díaz

En la tabla número 12 se muestra que el no contar con un trabajo actual se relacionó con la mayoría de respuestas sobre satisfacción sexual. Hallazgo no estadísticamente significativo (p=0,360).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Como seres sexuados, la sexualidad se encuentra presente en el individuo desde el momento de su nacimiento. La satisfacción sexual es un tema multidimensional, el cual tiene dificultades metodológicas para ser medido, por la subjetividad de los datos y las diferencias interpersonales para tratar el tema. Una persona puede sentirse bien con una cantidad pequeña de relaciones sexuales y otra puede necesitar muchas. En este estudio, realizado en mujeres menopáusicas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital De Las Fuerzas Armadas, con una muestra de una edad media de 47 años, se encontró una alta prevalencia de trastornos en el área de la satisfacción sexual, el cual se presentó como trastorno severo en el 32,48% de la población, y como trastorno moderado en el 13,67%, el que si sumamos no ofrece la cifra de 46,15%. Esta cifra es similar a la expuesta en un estudio realizado por Mishra y colaboradores, quienes encontraron una prevalencia del 55,55% de disfunción sexual

²⁵ Lo anteriormente expuesto implica que la mitad de las mujeres reportan algún problema con la satisfacción sexual.

En esta investigación se ha observado un trastorno severo en la lubricación de la mujer durante el acto sexual y un trastorno moderado en relación al deseo sexual. Estos hallazgos no coinciden con los de McCool y colaboradores⁽²⁶⁾ quienes encontraron en su investigación que las dificultades en la lubricación se presentaron en el 20,6% de

sus mujeres, y el trastorno hipoactivo del deseo sexual se presentó en el 28,2%. El problema de la lubricación en nuestro grupo de pacientes es importante, ya que se conoce que la dispareunia tiene un alto impacto sobre la función sexual de la mujer, como lo ha señalado Artune y colaboradores (2014) en su investigación ⁽²⁷⁾, así como una fuerte relación dentro de la convivencia en pareja ⁽²⁸⁾. Goldstein y colaboradores ⁽²⁹⁾ explican en su estudio, que los síntomas que incluyeron falta o pérdida de motivación para la actividad sexual se debieron a una disminución en la voluntad o el deseo sexual en respuesta a señales eróticas o estimulación o capacidad para mantener el deseo o interés a través de la actividad sexual.

En nuestras pacientes el cuestionario de menopausia ubicó a las pacientes como portadoras de un trastorno psicológico en el 53,85% de los casos. Estos resultados se contraponen a los encontrados por Parish y colaboradores (2016) ⁽³⁰⁾ quienes señalan que un bajo deseo sexual responde a un trastorno menopáusico. La explicación a este hallazgo se debe a la disminución del nivel de estrógenos que provoca el debilitamiento de la pared vaginal la cual se reseca.

En nuestra investigación más bien se observó una relación entre la satisfacción sexual y la variable problemas económicos, explicada probablemente, porque como seres bio-psico-sociales hay una afectación directa en la esfera del sistema límbico, disminuyendo el apetito sexual.

CONCLUSIONES

La satisfacción sexual de las mujeres de 40 a 55 años con diagnóstico de menopausia que acuden a la consulta externa del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas No.1 es moderada, en su mayoría debido al trastorno en la lubricación y al del deseo sexual. Debido a que si no se genera el deseo sexual, el órgano diana no producirá la lubricación correspondiente.

El nivel de satisfacción sexual de las mujeres menopáusicas que acuden a la Consulta Externa de Ginecología Del Hospital De Especialidades de las FF.AA.

es moderado en el 30,77% de los casos y severo en el 18,81%. Un 50,42% de las pacientes no manifestó trastorno con la satisfacción sexual.

La satisfacción sexual de las mujeres no se relacionó significativamente con el antecedente de cirugía pélvica, violencia intrafamiliar, problemas de depresión o ansiedad, hábito tabáquico, alcohol, o contar con trabajo actual. Sin embargo, se observó una relación entre la satisfacción sexual y el no presentar problemas económicos, probablemente debida a que al no tener este tipo de preocupación se facilita la satisfacción sexual.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar estudios con otros diseños metodológicos, porque al tratarse de una encuesta, la información podría estar sesgada, además, los instrumentos (las escalas) son extensas y con un grado de dificultad en el entendimiento, sin contar con que puede haber información oculta.

La lubricación sexual de las pacientes puede mejorarse a través del uso de geles disponibles en el mercado.

La esfera psicológica de las mujeres es susceptible a tratamiento, a través de alianzas entre el departamento de psicología y el de gineco-obstetricia, en la cual también se puede incluir a la pareja, con lo cual se ofrecería un manejo integral, uniendo las esferas bio-psico-social de la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Rodríguez Ruiz Nuria, Trastornos Sexuales en la Menopausia, Revista del Hospital Universitario de Virgen de las Nieves Granada, España, 2012.
2. Gutiérrez Teira Blanca, La respuesta sexual humana, Revista Actualización En medicina de Familia, España, 2010.Madrid, 2013
3. Eusebio Rubio, José Díaz Martínez, Disfunciones Sexuales, Asociación Mexicana para la Salud Sexual. México, 2016
4. Rivera Moya Diana, Climateric and sexual function: a comprehensive approach to sexuality female, Revista CES Salud Pública Volumen 5 No.1 Enero - Junio / 2014
5. Juan Enrique Blümel M, Lorena Binfa E, Paulina Cataldo, Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Chile 2004
6. Berek, J. (2006). Ginecología de Novak: Fisiología de la Reproducción, Fisiología del Ciclo Menstrual. Madrid: GEDISA.
7. Más, M. Fisiología Sexual. En J.A.F. (Ed). Fisiología Humana (2ª ed). Madrid: MacGraw Hill-Interamericana; 1999.p.1148-1158.
8. K.ladas ,B. whipple. Punto G y otros descubrimientos recientes de la sexualidad, Editorial Grijabo p 51
9. Mas M. Neurofisiología de la Respuesta Sexual Humana. En J. Bobes, S. Rexus y J. Gibert (Eds), Psicofármacos y Función Sexual. Madrid: 2000.p. 1-15.
10. Guyton, A.C.; Hall, J.E. (1999). Fisiología Femenina Antes del Embarazo Hormonas Femeninas. Madrid: MacGraw Hill- Intenamericana.

11. Montoya L. Sexualidad Humana Valoración Clínica y Ginecológica. Protocolos y Tratamiento, Fundamentos de Ginecología (SEGO), Capítulo 22.
12. Cindy M. Meston, Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in Women with Female Orgasmic Disorder and in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder, US National Library of Medicine National Institutes of Health, Mayo, 2010.
13. Ahumada A, Aliaga P, Bolívar N. Enfoque Integral de la paciente Histerectomizada. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile 2001; 12(3): 229-34.
14. Basson R, Berman J, Burnett A. (2000). Report of the international consensus development. Urologia, 183:888-93.
15. Pauls R N, Berman JR. Impacto de los Trastornos Del Suelo de la Pelvis y del Prolapso Sobre la Función y la Respuesta Sexual Femenina. Clínicas Urológicas de Norteamérica. 2002; 3: 685-691
16. Berman JB, Berman L, Goldstein I. Female . (1999). Sexual Dysfunction. Incidence Evaluation and Treatment Options Urology, 54:385-91.
17. Negrín Pérez, Disfunciones Sexuales Femeninas: Trastornos Dolorosos Sexuales, Guías de Práctica Clínica, Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, México, Abril, 2010.
18. Elder J, Braver Y. Female Sexual Dysfunction. Disease Management Project. The Cleveland Clinic, April, 2005.
19. Álvarez Gómez Rafael, Conocimiento y Actitud Sobre el Climaterio en Mujeres Entre 40 y 50 años, Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Marzo, 2008.
20. Robert F Casper, MD, Clinical Manifestations and Diagnosis of Menopause, UpToDate, Aug, 2015.

21. Salvador Jorge, Climaterio Y Menopausia: Epidemiologías Y Fisiopatología, Rev. Per Ginecología Obstetricia., Perú, 2000.
22. Alfonso Cardenal López Trujillo. Sexualidad Humana: Verdad Y Significado. La Santa Sede 1995.
23. Frank E, Anderson C, and Rubinstein D. Frequency of sexual dysfunction in “normal couples”. New England Journal of Medicine. 1978; 299: 111-115.
24. Natha SG. The epidemiology of the DSM-III psychosexual dysfunctions. Journal of Sex and Marital Therapy. 1986; 12 (4): 267-281.
25. Mishra V, Nanda S, Vyas B, Aggarwal R, Choudhary S, Saini S. Prevalence of female sexual dysfunction among Indian fertile females. J Midlife Health. 2016;7(4):154-158.
26. McCool M, Zuelke A, Theurich M, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. Sex Med Rev. 2016;4(3):197-212.
27. Artune B, Erkan M , Pala H , Bulbul Y. Disfunción sexual en las mujeres turcas con dispareunia y su impacto en la calidad de vida. Clin Exp Obstet Gynecol. 2014; 41 (5): 567-71.
28. Nappi P, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L, Martini E. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL).

Maturitas. 2016;94:87-91.

29. Goldstein I, Kim N, Clayton A, DeRogatis L, Giraldi A, Parish S, Pfaus J, Simon J, Kingsberg S, Meston C, Stahl S, Wallen K, Worsley R. Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. Mayo Clin Proc. 2017;92(1):114-128.

30. Parish S, Hahn S. Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. Sex Med Rev. 2016 Apr;4(2):103-120.

31 Rubén Chávez-Ayala, MPS, Patricia Andrade-Palos, PhDP, Leonor Rivera-Rivera, M en C. Validación de un cuestionario para la medición de las creencias sobre el climaterio, meico 2002

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Nº Identificación de la Paciente _____ Fecha ____/____/____

Día Mes Año

INSTRUCCIONES: Estas preguntas tratan sobre sus sentimientos y respuestas sexuales durante las últimas 4 semanas. Por favor, conteste a las siguientes preguntas con la mayor honestidad y claridad posibles. Sus respuestas serán totalmente confidenciales. Para contestar a estas preguntas, tenga en cuenta las siguientes definiciones:

Actividad sexual puede incluir caricias, juegos previos, masturbación o coito vaginal.

Relación sexual se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual incluye situaciones como los juegos previos con la pareja, la autoestimulación (masturbación) o las fantasías sexuales.

MARQUE SÓLO UNA CASILLA POR PREGUNTA

Deseo o interés sexual es un sentimiento que incluye querer tener una experiencia sexual, sentirse receptiva ante la iniciativa sexual de la pareja y pensar o tener fantasías sobre hacer el amor.

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido deseo o interés sexual?

- ☐ Casi siempre o siempre
- ☐ Muchas veces (más de la mitad del tiempo)
- ☐ Algunas veces (aproximadamente la mitad del tiempo)
- ☐ Pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
- ☐ Casi nunca o nunca

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

- ☐ Muy alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Bajo
- ☐ Muy bajo o ninguno

La excitación sexual es un sentimiento que incluye tanto aspectos físicos como mentales. Puede abarcar sensaciones de calor o cosquilleo en los genitales, lubricación (humedad) o contracciones musculares.

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido excitada sexualmente (“caliente”) durante la actividad sexual o el coito?

- ☐ No he tenido actividad sexual
- ☐ Casi siempre o siempre

- ☐ Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- ☐ Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- ☐ Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- ☐ Casi nunca o nunca

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de excitación sexual (“estar caliente”) durante la actividad sexual o el coito?

- ☐ No he tenido actividad sexual
- ☐ Muy alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Bajo
- ☐ Muy bajo o ninguno

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido segura de poder excitarse sexualmente durante la actividad sexual o el coito?

- ☐ No he tenido actividad sexual
- ☐ Segurísima
- ☐ Muy segura
- ☐ Moderadamente segura
- ☐ Poco segura
- ☐ Muy poco o nada segura

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido satisfecha con su excitación durante la actividad sexual o el coito?

- ☐ No he tenido actividad sexual
- ☐ Casi siempre o siempre
- ☐ Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- ☐ Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- ☐ Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- ☐ Casi nunca o nunca

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha estado lubricada (“mojada”) durante la actividad sexual o el coito?

- ☐ No he tenido actividad sexual
- ☐ Casi siempre o siempre
- ☐ Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- ☐ Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- ☐ Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- ☐ Casi nunca o nunca

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil estar lubricada (“mojada”) durante la actividad sexual o el coito?

- ☐ No he tenido actividad sexual
- ☐ Extremadamente difícil o imposible
- ☐ Muy difícil

- Difícil
- Ligeramente difícil
- Nada difícil

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha mantenido su lubricación (“humedad”) hasta el final de la actividad sexual o el coito?

- No he tenido actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

10. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil mantener su lubricación (“humedad”) hasta el final de la actividad sexual o el coito?

- No he tenido actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Ligeramente difícil
- Nada difícil

11. Durante las últimas 4 semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿con qué frecuencia ha llegado al orgasmo (clímax)?

- ☐ No he tenido actividad sexual
- ☐ Casi siempre o siempre
- ☐ Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- ☐ Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- ☐ Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- ☐ Casi nunca o nunca

12. Durante las últimas 4 semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿hasta qué punto le ha sido difícil llegar al orgasmo (clímax)?

- ☐ No he tenido actividad sexual
- ☐ Extremadamente difícil o imposible
- ☐ Muy difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeramente difícil
- ☐ Nada difícil

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su capacidad para llegar al orgasmo (clímax) durante la actividad sexual o el coito?

- ☐ No he tenido actividad sexual
- ☐ Muy satisfecha

- Moderadamente satisfecha
- Igual de satisfecha como de insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con la cantidad de intimidad emocional entre usted y su pareja durante la actividad sexual?

- No he tenido actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igual de satisfecha como de insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha de su relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igual de satisfecha como de insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igual de satisfecha como de insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

17. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor durante la penetración vaginal?

- No he intentado tener relaciones
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

18. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor después de la penetración vaginal?

- No he intentado tener relaciones
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

19. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- ☐ No he intentado tener relaciones
- ☐ Muy alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Bajo
- ☐ Muy bajo o ninguno

F. Sánchez^a, M. Pérez Conchillo^b, JJ. Borrás Valls, Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM) Octubre 2004

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE MENOPAUSIA

NOMBRE ☐ FECHA ☐

¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad?

<input type="checkbox"/>	No siente molestia	Siente molestia leve	Siente Molestia moderada	Siente molestia importante	Siente demasiada molestia	<input type="checkbox"/>
						

Marque solamente una casilla en cada línea

		PUNTOS	0	1	2	3	4
1	Bochornos, sudoración, calores						
2	Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho)						

3	Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos)				
4	Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco)				
5	Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir)				
6	Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante)				
7	pánico) Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al				
8	Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)				
9	Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual)				
10	Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia al orinar, se le escapa la orina)				
11	Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales)				

	Somático (1 al 4)	Psicológico (5 al 8)	Urogenital (9 al 11)	Total
Para uso del profesional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rubén Chávez-Ayala, MPS, Patricia Andrade-Palos, PhDP, Leonor Rivera-Rivera, M en C. Validación de un cuestionario para la medición de las creencias sobre el climaterio, meico 2002

ANEXO 3

Información del consentimiento informado

Título del estudio: Satisfacción Sexual en mujeres de 40 a 55 años con diagnóstico de menopausia que acuden a la consulta externa del Hospital de Especialidades de las FF.AA. N°1 desde enero – noviembre 2016”

Investigador: Dra. Karla Fernanda Díaz Andrade

Sede: Hospital de Especialidades de las FF.AA. N°1, Quito - Ecuador 2016

Nombre del participante:

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica, ya que presenta las características necesarias para estar en el mismo. Su participación es completamente voluntaria e igualmente, puede negarse a participar del proyecto in que eso le perjudique en ninguna forma. Lea toda la información que se le ofrece en éste documento y siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

1. Justificación:

Este trabajo de investigación está enfocado en conocer la satisfacción sexual y las alteraciones de la Función Sexual relacionados con otras causas

2. Objetivos:

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo: determinar la satisfacción sexual y las alteraciones de la función sexual en mujeres de 40 a 55 años con diagnóstico de menopausia que acuden a la consulta externa del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N1.

3. Beneficios del estudio:

Con este estudio podremos obtener información de personas ecuatorianas, importante al momento de replicar un programa de origen norteamericano, pues de esta manera determinaremos ciertas condicionantes culturales, socioeconómicas, políticas, educativas, entre otras; que son parte de las diferentes dimensiones del modelo ecológico social de cada uno de los participantes que a su vez influyen en el comportamiento y toma de decisiones de los mismos.

Esto permitirá que, en un futuro al realizar nuevas réplicas de programas similares, se pueda guiar nuestro enfoque educativo de manera más específica hacia los participantes, tomando en cuenta esos factores característicos de los ecuatorianos y así lograr mantener una participación más activa durante el desarrollo de dichos programas.

4. Procedimiento:

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas abiertas sobre su entorno biopsicosocial personal y familiar relacionado con el programa de adopción de mejores estilos de vida.

5. Riesgos asociados con el estudio:

Este tipo de estudio no presenta ningún tipo de riesgo asociado al mismo ya que únicamente consta de una serie de preguntas.

6. Aclaraciones:

- Su decisión de participar en el presente estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo decida, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su totalidad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso de la investigación usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente será utilizada con estricta confidencialidad por el investigador.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación; puede, si así lo desea, firmar la carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

7. Datos del investigador

Nombres completos: Karla Fernanda Díaz Andrade

Posgradista de Ginecología y Obstetricia

Número telefónico: 0984232514

E – mail : fernandadiaz2712@gmail.com

ANEXO 4

Formulario del consentimiento informado

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido comprendidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

I. *Firma del Participante* *Fecha*

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su representante):

He explicado la naturaleza y los propósitos de la investigación; se les ha explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tienen alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me pego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procede a firmar el presente documento

II. *Firma del Investigador* *Fecha*